Nr 22 30 maja 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prof. Dr W. SIERADZKI. Lwów.

Idea ubezpieczeń społecznych [1]).

Wykład niniejszy pojmuję jako wstęp do kursu medycyny społecznej urządzonego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza, który dziś rozpoczynamy. Jak przedmowa do książki określa cel i zaznacza ogólnie treść danego dzieła, tak też przy inauguracji naszego kursu należy sobie zdać sprawę z pobudek tego przedsięwzięcia, z zadania takiego kursu i jego znaczenia dla lekarza. Z konieczności muszę przy tym nieco wykroczyć poza ścisły temat wyrażony w tytule mego wykładu.

Studia lekarskie w obecnej ich organizacji nie dają dostatecznego przygotowania dla pewnych działów medycyny, które powstały pod wpływem wielkich przeobrażeń społecznych, jakim już w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego wieku, a w dalszym ciągu i obecnie, zwłaszcza po wielkiej wojnie, ulegają wszystkie kraje całego świata. Studia te opierają się i pomimo prawdopodobnych zmian ich w przyszłości zawsze opierać się muszą na najistotniejszym pojęciu medycyny jako nauce, której zadaniem jest poznawanie chorób i leczenie chorego człowieka. Po zapoznaniu się więc z prawidłową budową organizmu ludzkiego i normalnych jego czynności, student medycyny musi poświęcić przeważną część studiów patologii i klinice, a więc z jednej strony nauce o przyczynach i istocie chorób, z drugiej zaś diagnostyce i terapii klinicznej. Tylko na zrębie takiego wykształcenia podstawowego może starszy student rozpocząć a ukończony lekarz prowadzić w dalszym ciągu studia w zakresie innych działów medycyny, a w szczególności i tzw. medycyny społecznej. Nie należy się więc łudzić, że jakakolwiek rozumnie przeprowadzona reforma studiów lekarskich zdoła na koszt dotychczasowego zakresu patologii i kliniki wtłoczyć w pełnej mierze nowsze kierunki nauk lekarskich, a zbytnie przedłużanie okresu studiów dla dopełnienia wykształcenia jest z wielu względów niedopuszczalne. Jest też niesłuszne zarzucanie gronom profesorskim Wydziałów Lekarskich nadmiernego konserwatyzmu na punkcie reformy studiów i rzekomego oporu z ich strony przeciw przeobrażeniu studiów w kierunku medycyny społecznej. Wydziały Lekarskie bowiem stoją tylko na tym stanowisku, że nie można zrozumieć medycyny społecznej i pracować umiejętnie w jej zakresie, jeżeli się nie posiada należytego przygotowania z medycyny w jej dawnym klasycznym znaczeniu. Stąd też medycyna społeczna ze wszystkimi jej coraz liczniejszymi odgałęzieniami może być traktowana podczas studiów uniwersyteckich tylko w podstawowych zarysach, głębsze zaś jej poznanie musi być pozostawione dalszym studiom ukończonego lekarza, który wszakże, jakąkolwiek gałąź medycyny pragnie uprawiać, musi się całe życie uczyć. Nie da się jednak zaprzeczyć, że pewna reforma studiów lekarskich uwzględniająca w szerszej mierze zagadnienia medycyny społecznej przez odpowiednie nastawienie w kierunku społecznym nauczania klinicznego jest możliwa a nawet jest wskazana, aby ułatwić młodym lekarzom dalsze ich studia i poświęcenie się pracy na tym polu. W tym celu jednak należy przede wszystkim dążyć do utworzenia wzorem zagranicy przy wydziałach lekarskich lub poza nimi osobnych instytucyj naukowych, w których by lekarz mógł się specjalnie wykształcić w zakresie medycyny społecznej tak, jak dotychczas kształci się osobno na specjalistę w różnych gałęziach klinicznych. Zadanie to włącza u nas w swą działalność Państwowy Zakład Higieny, który jednak obarczony innymi poważnymi obowiązkami nie może w pełni podołać istotnym potrzebom w tym zakresie, dlatego też samorzutnie lub z inspiracji odpowiednich czynników państwowych podejmowane organizowanie kursów medycyny społecznej dla lekarzy znajduje swe uzasadnienie i powszechne zrozumienie. To dokształcenie się zaś lekarza w medycynie społecznej jest potrzebne nie tylko dla przyszłych pracowników w służbie zdrowia publicznego, ale jest pożądane również dla wszystkich lekarzy w ogóle, gdyż kierunek społeczny wywierać zaczyna coraz silniejszy wpływ na medycynę i zawód lekarski i każdy lekarz musi go coraz więcej w swej działalności uwzględniać. Stosunek medycyny społecznej do medycyny w ogóle a w szczególności do lecznictwa właściwego nie jest jednak jeszcze dotychczas należycie skrystalizowany, a przez wielu lekarzy dostatecznie rozumiany. Trzeba też przyznać, że nawet nie jest jeszcze ściśle określone pojęcie medycyny społecznej, jej zakres i związek z innymi kierunkami myśli ludzkiej, zajmującymi się organizacją społeczeństwa. W okresie tak żywych przemian w strukturze narodów i państw pojawiają się wciąż nowe zagadnienia, różne gałęzie nauk łączy się we wspólny splot dla ich rozwiązania, wnikają w tym celu wzajemnie w siebie, aby wskazać ludzkości drogę w ciągłym jej pochodzie naprzód.

Z pierwotnej medycyny, zajmującej się tylko leczeniem chorej jednostki powstaje wraz z rozważaniem przyczyn choroby usiłowanie zapobiegania schorzeniu, *profilaktyka,* na tym zaś tle rozwija się nauka o zdrowiu, *higiena,* której zadaniem jest badanie czynników działających szkodliwie na zdrowie i szukanie środków, celem uniknięcia tych szkodliwości. W ten sposób dość wcześnie łączy się *leczenie z higieną osobistą,* jako równorzędne kierunki działalności lekarskiej. W miarę jednak dokładniejszego poznawania czynników szkodliwych dla zdrowia i stwierdzenia, że wiele z nich działa na całą gromadę ludzką, z której nie podobna jednostki wyodrębnić, musi higiena przesunąć swoje zainteresowania od jednostki do ogółu, z osobistej czyli indywidualnej przedzierzgnąć się stopniowo na *higienę ogólną,* zajmującą się warunkami zdrowia całej ludności. Tak więc z opieki nad chorym wyłoniła się z biegiem czasu opieka nad zdrowym, a myśl wypowiedziana jeszcze przez Platona, że „błędem jest troszczyć się więcej o chorego niż o zdrowego" znajduje coraz powszechniejsze zrozumienie. Zakres higieny jako nauki o zdrowiu zwiększa się w stopniowym ich rozwoju niepomiernie. Posługuje się ona poza ciągłym a ścisłym kontaktem z medycyną kliniczną zdobyczami nauk przyrodniczych zwłaszcza fizyki i chemii, wchodzi na drogę eksperymentu, bada znaczenie dla zdrowia najróżnorodniejszych czynników, jak klimat, teren, powietrze, woda, żywność itp. W tych to badaniach napotyka na tak niesłychanie doniosły czynnik chorobotwórczy, jakim są drobnoustroje, w następstwie czego bakteriologia opanowuje przez dłuższy czas umysły badaczy i do pewnego stopnia nawet powstrzymuje rozwój higieny w ogóle. Ale niebawem po rozkwicie tego kierunku higieny, który by można nazwać za Grotjahnem higieną fizykalno-biologiczną, wkracza higiena na nowe drogi. Rozszerza zakres swych badań czynników mających wpływ na zdrowie najszerszych warstw ludności, wnika w stosunki gospodarcze i kulturalne społeczeństwa, posługuje się takimi naukami, jak ekonomia, socjologia a przede wszystkim statystyka, bada jednym słowem wszystkie warunki życia najszerszych warstw ludności i wysnuwa wskazania, na jakiej drodze należy zapewnić powszechne zdrowie ludziom, usuwać masowe schorzenia ludności, podnieść wartość i żywotność rasy ludzkiej. W ten sposób staje się prawdziwą *higieną społeczną* czyli *socjalną,* a wpływ jej na współczesne życie społeczne staje się coraz większy. Obszerne ustawodawstwo powstaje na rozkaz higieny społecznej, rozwija się osobny dział techniki sanitarnej, przemysł, rękodzieło, handel a w ogóle wszelka praca ludzka liczy się z jej wskazaniami, wychowanie młodzieży, szkolnictwo, przygotowanie do obrony kraju i służba wojskowa, troska wreszcie o przyszłe pokolenia narodu, wszystko to ogarnia w zakres swych rozważań higiena społeczna i na wszystkim kładzie swoje piętno. Nic dziwnego, że tak olbrzymia treść higieny społecznej wywołuje konieczność rozpadnięcia się jej na poszczególne działy, z których kształtują się jakby osobne specjalności. Piśmiennictwo higieniczne rozszerza się niezmiernie, każdy dział posiada liczne monografie, a często osobne czasopisma fachowe. Wystarcza przejrzeć spis rzeczy jednego z nowszych podręczników higieny socjalnej, aby zdać sobie sprawę z zakresu jej zadań i poczynań i aby stwierdzić, ile poza dawniejszą „klasyczną" higieną przybyło nowych tematów natury socjalnej, składających się na to odrębne pojęcie hi-

[1]) Wykład wygłoszony przy rozpoczęciu kursu medycyny społecznej, urządzonego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza.

gieny socjalnej, czyli społecznej. Znajdziemy więc tam między innymi takie działy, jak statystyka lekarska, chorobliwość, śmiertelność, rozrodczość i długość życia ludzi, opieka społeczna nad matką i dzieckiem, higiena szkolna, wychowanie fizyczne, higiena rasy (eugenika), walka z gruźlicą, chorobami wenerycznymi, alkoholizmem i narkomanią, higiena pracy, opieka nad człowiekiem pracy, ubezpieczenia społeczne, organizacja publicznej służby zdrowia, szczepienia ochronne, szpitalnictwo itd. Tak rozwinięta higiena odsuwa się po części od medycyny, aczkolwiek z niej powstała i o nią opierać się musi. Nazwa *„medycyna społeczna"*, obejmująca właściwie w sobie higienę społeczną zaczyna tracić to znaczenie ogólne i stopniowo bywa stosowana raczej jako część higieny społecznej do tych zagadnień natury czysto lekarskiej, jakie wysunęły się wskutek powstania różnych urządzeń higieniczno-socjalnych a przede wszystkim instytucji ubezpieczeń społecznych. Stąd też niektórzy autorowie używają nazwy medycyny społecznej wprost na określenie *medycyny ubezpieczeniowej*. W tym zwężonym znaczeniu ma jednak medycyna społeczna jako ubezpieczeniowa bardzo poważny i obszerny zakres działania, dla szerokich warstw ludności niesłychanie doniosły.

Idea ubezpieczeń społecznych kiełkowała już od dawna. Źródłem jej były momenty uczuciowe, chęć wspomożenia ludzi, którzy z jakichkolwiek powodów popadli w niezdolność utrzymania siebie i rodziny. Obok szerokich, przeważnie nie realnych planów powszechnego uszczęśliwienia ludzkości, wysuwanych przez szlachetnych reformatorów organizacji społecznej, idea ta pierwotnie znajdowała wyraz w ograniczonych poczynaniach samopomocy wśród pewnych warstw lub skupień ludności, związanych czy to wspólnym miejscem zamieszkania w jednej gminie, czy też zawodem, czy wreszcie przynależnością do związków religijnych, rodowych, ideowych itp. Ale działalność tego rodzaju nie miała charakteru powszechności, opierała się na dobrej woli członków, przy czym w dużej mierze odgrywał tu rolę czynnik filantropijny. Dopiero z rozwojem kapitalizmu, wielkiego przemysłu i organizacji świata robotniczego przychodzi do realizacji właściwych ubezpieczeń społecznych, które w stopniowym rozwoju obejmują coraz dalsze odcinki życia obywateli i coraz szersze warstwy ludności. Powstają więc ubezpieczenia gwarantujące pomoc lekarską w chorobie i w następstwie wypadków wśród pracy, zapewniające zasiłki pieniężne w okresach niezdolności do pracy, renty na wypadek stałej utraty zdolności do pracy, emerytury starcze, fundusze na pokrycie kosztów pogrzebu, pensje wdowie i sieroce, wreszcie zapomogi dla bezrobotnych. Istotą ubezpieczeń społecznych jest ich powszechność i obowiązkowość, a ponieważ wszelki przymus wymaga odpowiednich ustaw i ingerencji państwa, przeto powstaniu ubezpieczeń społecznych towarzyszyły poważne przeobrażenia w strukturze państwa i gospodarstwa narodowego, które nie obyły się bez dłuższych walk i starć zainteresowanych w tym względzie warstw społecznych. Ubezpieczenia społeczne stanowią walną zdobycz demokracji, człowiekowi pracy dotkniętemu nieszczęściem zamiast kierowania go na drogę dobroczynności, nadają prawo żądania pomocy i opieki, nakładają też poważne ciężary na całe społeczeństwo, gdyż tylko takim wspólnym wysiłkiem dają się zrealizować, a stojąc pod nadzorem państwa, wprowadzają z natury rzeczy do pomocy społecznej czynnik etatyzacji, która zresztą obecnie opanowuje coraz więcej dziedzin życia społecznego. Nie wynika jednak z tego, że już nie ma miejsca w społeczeństwie na działalność humanitarną, na filantropię, jako też na różne formy dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych. Życie przynosi wciąż tyle nowych zjawisk, tyle potrzeb, że najlepsza organizacja państwowa nie zdoła ich należycie ująć i zaspokoić, pomijając już tę okoliczność, że wszelka etatyzacja bywa i ostrożna i powolna w swym działaniu. Stąd też poczynania takie, jak opieka nad matką i dzieckiem, tworzenie sierocińców i przytułków dla starców, kolonie wakacyjne dla młodzieży, sanatoria dla członków pewnych związków lub zawodów, domy wypoczynkowe itp. dają i będą dawały zawsze pole do akcji dobrowolnej jednostek i zrzeszeń społecznie nastawionych, do wyładowania uczuć dobroczynności i miłości bliźniego. Zauważyć zaś można pewne rozczarowanie w stosunku do ubezpieczeń społecznych, czynnik przymusu, który stanowi ich istotę, staje się coraz bardziej niepopularny, budzi się chęć nawrotu do dawnych pierwotnych form dobrowolnej samopomocy lub do ubezpieczeń obowiązkowych wprawdzie, lecz ograniczonych do pewnych grup zawodowych, a rzecz szczególna, że nawet świat pracy, który w długoletnich walkach zdobył sobie powszechne ustawowe ubezpieczenia społeczne, odnosi się do nich nieraz niechętnie. W ogóle ubezpieczenia społeczne, które do wielkiej wojny rozwijały się w drodze stopniowej ewolucji, a po wojnie objęte zostały i to w szerokich rozmiarach w program nowej organizacji społeczeństw, zaczynają w ostatnim dziesięcioleciu podlegać coraz silniejszej krytyce. Przedstawiciele kapitału, przedsiębiorcy i pracodawcy widzą w nich ciężar hamujący produkcję, rządy, które poprzednio w ubezpieczeniach widziały nie tylko akt sprawiedliwości społecznej, lecz również drogę polityki państwowej ułatwiającą kierowanie i pozyskiwanie mas robotniczych, teraz zaczynają same hamować rozpęd ubezpieczeń w interesie ogólnego gospodarstwa narodowego, dąży się do ograniczenia rozmiarów ubezpieczeń i zmniejszenia świadczeń z nich wypływających, jednym słowem znajdujemy się w okresie, w którym ubezpieczenia społeczne przeżywają pewien kryzys, daleki jeszcze od zakończenia. Jeżeli jednak wniknie się głębiej w obecny stan rzeczy, musi się przyjść do przekonania, że źródłem tego przełomu są wyłącznie okoliczności wynikające z trudności organizacyjnych ubezpieczeń, z błędów popełnianych w tej dziedzinie, których zresztą w rozwoju tak silnie w życie społeczne wnikającego czynnika, jakim są ubezpieczenia społeczne, zapewne nie podobna było uniknąć. Przerost biurokracji i formalistyki, ogromne koszty administracyjne, wpływy partyj politycznych, nieodpowiednia gospodarka funduszami, oto zarzuty, które instytucje ubezpieczeń społecznych narażały na szwank, podcinały do nich zaufanie i stawiały ich wartość pod znakiem zapytania. Stąd usiłowania reformy, dążność do uproszczenia i potanienia administracji, między innymi przez scalanie poszczególnych kierunków ubezpieczenia, przy czym jednak te poczynania spotykają się znowu w nie jednym punkcie z krytyką i niezadowoleniem, a częste zmiany w organizacji wywołują pewien niepokój i upośledzają sprawność czynności instytucji ubezpieczeń. Gdy zaś do tego doda się kryzys gospodarczy, wywołujący wzrost zgłoszeń ubezpieczonych do świadczeń i zasiłków i przesilenie finansowe w samych ubezpieczalniach, zrozumieć łatwo, że instytucje te znajdują się obecnie w obliczu niezwykłych trudności, zagrażających wprost ich bytowi. Mimo wszystko jednak, patrząc na całą tę rzecz spokojnie i trzeźwo z szerszego punktu widzenia, musi się przyjść do wniosku, że sama idea ubezpieczeń społecznych i ich istnienie, po przejściu jeszcze niejednych przeobrażeń i wstrząsów ostanie się, jako trwały nabytek w rozwoju organizacji społecznej.

Znaczna część ubezpieczeń społecznych dotyczy bezpośrednio lub pośrednio spraw zdrowia i choroby, a wskutek tego w realizowaniu ich odgrywać musi najważniejszą rolę stan lekarski. W takich najważniejszych i najpowszechniejszych ubezpieczeniach, jak od choroby, od wypadku, od inwalidztwa, a nawet w ubezpieczeniu na starość wykonanie odpowiednich ustaw leży głównie w rękach lekarzy. A w pracy tej napotyka lekarz na zagadnienia swoiste, wychodzące poza zakres właściwej medycyny klinicznej, stosunek też jego do ubezpieczonego przedstawia pewne odrębne właściwości w porównaniu ze zwykłym stosunkiem lekarza do swego chorego.

Konieczność opiniowania stanu zdrowia swoich klientów pod względem ich zdolności do pracy, wnikanie w rodzaj pracy i wpływ jej dla zdrowia, stanowią zadania, na które podczas podstawowych studiów lekarskich zbyt mało zwraca się uwagi, a których rozwiązanie wymaga właściwego ocenienia sprawy, rozwagi i dużego doświadczenia. Lekarz ubezpieczeniowy musi przy tym zapoznać się należycie z odpowiednimi ustawami oraz różnymi przepisami, instrukcjami i okólnikami, których ilość a — powiedzmy sobie — czasem i treść nieraz go przeraża, ale które ostatecznie ma obowiązek uszanować. Pewna formalistyka i dość liczne czynności kancelaryjne są w tej pracy nieuniknione i lekarz musi się nagiąć do tych wymagań administracyjnych. Liczyć się wreszcie musi lekarz przy wykonywaniu tego zawodu z przywarami natury ludzkiej występującymi u pewnej liczby ubezpieczonych, etycznie i kulturalnie mniej wyrobionych, którzy niejednokrotnie chcąc wyzyskać instytucję ubezpieczeń dla własnych interesów usiłują wprowadzić w błąd lekarza, co go zmusza do pewnej ostrożności w ogóle przy ocenie stanu zdrowia ubezpieczonych. Łatwo też może w tym względzie popaść lekarz w nadmierną podejrzliwość, to zaś wpływa ujemnie na jego stosunek do chorego, paczy piękny cel i istotę ubezpieczeń społecznych a lekarzowi odbiera zadowolenie z pracy. Szczególniej trudnym jest należyte rozwiązanie tego rodzaju ubezpieczeń, który polega na udzielaniu pomocy w razie choroby, na leczeniu ubezpieczonych. Na tym też punkcie słyszy się najwięcej krytyki, tutaj wprowadza się najwięcej zmian organizacyjnych, mających na celu uzgodnienie postępów sztuki lekarskiej z ograniczonymi możliwościami ich zastosowania w stosunku do ubezpieczonych. Dochodzi nawet do tego, że istnieją pomysły, aby leczenie wyłączyć z zadań ubezpieczenia

społecznego i pozostawić je innym czynnikom, w szczególności samorządom a pomoc w chorobie ze strony instytucyj ubezpieczeń ograniczyć do udzielania zasiłków finansowych na utrzymanie w okresie niezdolności do pracy, wywołanej chorobą. Takie rozwiązanie tego zagadnienia byłoby jednak czysto formalistycznym załatwieniem sprawy, przerzuceniem pewnych czynności z jednej instytucji na drugą, a lekarzom nie ułatwiłoby bynajmniej zadania, gdyż z jednej strony samorządy przy takim masowym leczeniu robotników musiałyby ograniczać metody leczenia, z drugiej zaś nie mógłby odpaść obowiązek lekarza opiniowania stanu zdrowia ubezpieczonych celem wyznaczania zasiłków lub renty. Nic też dziwnego, że i świat lekarski odnosi się krytycznie do ubezpieczeń społecznych, że widzi w nich upadek zawodu, twierdząc, że z lekarza przyjaciela i opiekuna chorego czynią one urzędnika, obniżają wartość pracy lekarza i przyczyniają się do zubożenia stanu lekarskiego. Tego rodzaju żale lekarzy, po części zapewne uzasadnione tłumaczą się z jednej strony trudnością przystosowania się lekarzy do nowych warunków pracy, z drugiej zaś niewątpliwe wadami w organizacji ubezpieczeń społecznych, w której zbyt mało uwzględnia się głos przedstawicieli zawodu lekarskiego. Lekarze zwłaszcza starszego pokolenia, ceniący wolność swego zawodu, jako jedną z najwyższych jego wartości, wyładowujący swe uczucia humanitarne w serdecznej trosce o swych chorych, z którymi wiąże ich wzajemny stosunek osobistego zaufania oraz w ofiarnym, bo bezinteresownym udzielaniu pomocy chorym ubogim, nie łatwo naginają się do urzędowych form działania lekarza instytucji ubezpieczeń, która przydziela im chorych do badania, leczenia i opiniowania, krępuje indywidualność w sposobie leczenia i obarcza nadmierną formalistyką, tak obcą pracy lekarskiej. A jednak trzeba się liczyć z rzeczywistością. Trzeba więc sobie przede wszystkim zdać sprawę z tego, że wolność zawodu lekarskiego staje się rzeczą coraz więcej problematyczną i że stopniowo lekarze w coraz liczniejszych zastępach przedzierzgnąć się muszą na pracowników publicznej służby zdrowia. Instytucją zaś, która między innymi dawać im będzie tę pracę, są ubezpieczalnie społeczne, które jako zdobycz demokratyzacji i jako wyraz organizacji społeczeństwa na nowych drogach, nie tylko nie znikną z widowni, ale które jeszcze dalej rozwijać się będą. A rozwój ten wyrazi się nie tylko przez dalsze rozszerzanie ubezpieczeń na nowe warstwy społeczne, ale i przez tworzenie nowych kierunków ubezpieczenia, w samej zaś medycynie ubezpieczeniowej, jak w ogóle w zwalczaniu chorób szerokich mas ludności nastąpi coraz silniejsze przesunięcie metod działania z kierunku leczniczego na kierunek zapobiegawczy, z leczenia jednostek chorych na dalekosiężne poczynania higieniczne, stanowiące istotę higieny socjalnej. Z natury rzeczy bowiem instytucje ubezpieczeń społecznych, dotyczące zdrowia i życia ubezpieczonych, w zrozumieniu doniosłych wyników dla zdrowia ludności wprowadzenia w życie zasad higieny osobistej, ogólnej i socjalnej, muszą niejako we własnym interesie położyć nacisk na tę właśnie stronę swej działalności. Znanym jest doświadczenie, jakie poczyniły w tym względzie niektóre prywatne przedsiębiorstwa ubezpieczeń na życie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Oto pragnąc zwiększyć szanse długiego życia swych klientów, zaczęły one dobrowolnie opiekować się ich zdrowiem, dostarczając im bezpłatnie porady lekarskiej, ułatwiając wypoczynek, pobyt w miejscowościach klimatycznych, wpływając przez stosowną pomoc na warunki higieniczne życia domowego, pracy zawodowej itp. Pokazało się że wydatki obrócone na ten cel nie tylko zwróciły się w zupełności, ale akcja ta dała przedsiębiorstwom pokaźny zysk przez przedłużenie życia ubezpieczonym. Na tę drogę też muszą stopniowo wkraczać i ubezpieczenia społeczne, co rozszerza ich zakres działania, ale zarazem komplikuje ich organizację.

Taka instytucja lekarzy domowych niedawno u nas przez ubezpieczalnię wprowadzona, z myślą uczynienia z nich opiekunów zdrowia ubezpieczonych na pewnym terenie jest jedną z prób wejścia na drogę zapobiegania, próbą, która jednak tylko wówczas przyniesie wyniki, gdy tego lekarza nie będzie się zbytnio obarczać innymi obowiązkami, lecz skieruje się go w całości na drogę działalności higienicznej. W zwalczaniu chorób zawodowych skuteczniej działać będzie higiena zakładów pracy i odpowiednie pouczanie robotników, niż leczenie chorych, ilość nieszczęśliwych wypadków zmniejszy się poza ulepszeniami technicznymi warsztatów pracy najłatwiej przez należyty, na podstawie badania lekarskiego przeprowadzony dobór pracowników i przygotowanie ich do pracy. W każdym razie przez przesunięcie zadań instytucji ubezpieczeń na pole zapobiegania rozszerzy się zakres pracy lekarza ubezpieczeniowego, ale zarazem trudniejszą stanie się jego działalność. Ten rodzaj pracy wymagać będzie od niego dużej wiedzy, szerokiego poglądu na rzeczywistość, przystosowania dobra jednostki do dobra ogółu, wreszcie poczucia wielkiej odpowiedzialności, gdyż działalność lekarza łączy się tu z gospodarką groszem publicznym i wkracza nieraz silnie w interesy prywatne jednostek. A błędnym byłoby mniemanie, że przez przestawienie pracy lekarza na pole medycyny społecznej zatraca się ideał, z którym wchodził w życie lekarz dawnego autoramentu. Wszak dobro ogólne ma wartość nie mniejszą niż dobro jednostki, toteż praca lekarza na jakimkolwiek odcinku medycyny społecznej jest nienmiej szczytną, jak działalność jego przy łóżku chorego w domu lub w szpitalu. Lekarz rozumny, owiany prawdziwym duchem ucznia Hipokratesowego, potrafi zawsze ustrzec się rutyny i szablonu, znajdzie też na niwie medycyny społecznej sposobność okazania tak swej wiedzy, jak i serca a spełniając sumiennie swoje obowiązki, przysłuży się walnie dobru społecznemu.

Strzeżmy się więc bezpłodnej niechęci wobec urządzeń lekarsko-społecznych, a natomiast zwróćmy się z większą niż dotychczas energią do pracy dla ich należytej organizacji, aby nasz głos fachowy znalazł na tym polu odpowiednie uwzględnienie i przyczyniał się do ciągłej poprawy danych instytucyj. Pamiętajmy przy tym, że medycyna i higiena społeczna w ogóle, a medycyna ubezpieczeniowa w szczególności jest przeważnie medycyną ubogiego świata pracy i że działalność na jej polu odpowiada najpiękniejszym ideałom naszego stanu i zawodu. W ten sposób unikniemy zarzutu, z jakim w słowach pełnych goryczy zwraca się do lekarzy — co prawda przed 37 laty — bohater „Ludzi bezdomnych“ Żeromskiego Dr Judym, że „lekarz dzisiejszy to lekarz ludzi bogatych“, — że „umie on pilnie tępić mikroby w sypialni bogacza, ale ze spokojem wyłącza z zakresu swego widzenia fakt przemieszkiwania dzieci pospołu z prosiętami“..., że „zamiast ująć w ręce ster życia, zamiast według praw nauki wznosić mur odgradzający życie od śmierci, woli doskonalić wygodę i ułatwiać życie bogacza, ażeby pospołu z nim dzielić okruchy zbytku“.

Przykry ten zarzut, już wówczas, gdy był wypowiedziany, wobec lekarza polskiego w dużej mierze nieuzasadniony, dziś na szczęście tym mniej odpowiada rzeczywistości.

PRACE ORYGINALNE.

Dr Z. ALBERT. St. Asystent. Lwów.

W sprawie ustalania płci obojnaka.

Z Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. K. we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr W. Nowicki.

Rozstrzygnięcie płci u obojnaka, zwłaszcza za jego życia jest bardzo trudne, a nawet często niemożliwe. Jeśli niekiedy jest trudno na sekcji ustalić rozpoznanie obojnactwa, a raczej do jakiej płci dana osoba należała, to tym bardziej dotyczy to klinicysty, który wprawdzie może wykonać próbne otworzenie jamy brzusznej, ale nie zawsze może sobie pozwolić na histologiczne badanie gruczołów płciowych.

Dawne określenie płci obojnaków na podstawie przewagi zewnętrznych cech płciowych drugo- i trzeciorzędnych należało do rzeczy łatwych, ale wiodło zwykle do błędnych wniosków. Skutkiem tego określenie płci zasadniczo musiało polegać na stwierdzeniu rodzaju gruczołów płciowych, gdyż w ogóle nie przyjmowano możliwości równoczesnego istnienia u ludzi obu płciowych gruczołów męskich i żeńskich. Istnienie tych gruczołów płciowych w jednym ustroju zwie się, jak wiadomo, obojnactwem prawdziwym. Mniej skrajni zwolennicy zapatrywania, dotyczącego równoczesnego istnienia gruczołów płciowych męskich i żeńskich, przyjmują równoczesne istnienie choćby niedojrzałych tych obu gruczołów, natomiast bardziej skrajni badacze (Menge) domagali się dla rozpoznania obojnactwa prawdziwego istnienia obu dojrzałych gruczołów, a więc miałby to być obojnak, który potrafiłby zapłodnić kobietę i sam być zapłodnionym przez mężczyznę. Mniej więcej do końca XIX w. większość badaczy zaprzeczała istnienie prawdziwego obojnaka ludzkiego i istotnie do tego czasu nikt pewnie nie stwierdził tego rodzaju obojnactwa, choć niewątpliwie ono istniało. Ogłoszenie pierwszych przypadków tzw. *ovotestis* i *testovar* (Salen, Garre-Simon, Uffreduzzi) było ważnym zdarzeniem w nauce o obojnactwie. Były to przypadki obojnactwa, w których wśród jajnika lub jądra mikroskopowo stwierdzono wysepki gruczołów drugiej płci. Od tego czasu w każdym przypadku obojnactwa rozpoczęto badać seryjnie gruczoły płciowe i przekonano się, że przypadki *ovotestis* lub *testovar* wcale nie należą do rzeczy bardzo rzadkich (Gudernatsch, Pho-

takis, Kleinknecht, Polano, Berblinger, Schapiro, Jedlicka, Stojałowski i Dębski). Wysepki gruczołów drugiej płci zwykle nie wykazywały cech dojrzałości, przy czym zasadnicze gruczoły płciowe zwykle także były niedojrzałe. W kilku przypadkach stwierdzono w jednym ustroju ludzkim obecność i jądra i jajnika, jako odrębnych gruczołów, ale jeden z nich był zawsze niedojrzały (Wolf, Farland). Jednak dla tych, którzy wymagali dla stwierdzenia obojnactwa prawdziwego obecności obu gruczołów dojrzałych, dotychczasowe spostrzeżenia nie wystarczały. Dopiero przypadek obojnactwa prawdziwego, opisanego przez Stojałowskiego i Dębskiego, w którym autorowie ci wykazali dojrzałe jajniki i oddzielnie znajdujące się dojrzałe jądra, może przekonać najzagorzalszych przeciwników zapatrywania możliwości istnienia obojnactwa prawdziwego.

Wielkim utrudnieniem w rozpoznawaniu płci nawet dla anatomo-patologa jest niekiedy stwierdzany brak zróżnicowania komórek płciowych w gruczołach płciowych. Virchow zaliczał takie przypadki do płci nijakiej *(homines neutrius generis).*

Klinicysta musi często wstrzymywać się z rozpoznaniem płci aż do okresu dojrzewania, i dopiero wtedy na podstawie pewnych mniej lub bardziej charakterystycznych danych dla pewnej płci (miesiączkowanie, zmazy nocne, wytrysk nasienia, w ostateczności drugo- i trzeciorzędne cechy płciowe) może określić płeć właściwą. Należy jednak pamiętać, że te wszystkie cechy mogą zawieść, czy to wskutek ich niewystąpienia, czy to wskutek zjawienia się równoczesnego cech męskich i żeńskich (Neugebauer, Crechio, Stojałowski i Dębski). Charakterystyczne cechy dla różnicy płci kształtują się nie od okresu pokwitania, a więc wtedy, gdy gruczoły płciowe rozpoczynają swą prawidłową czynność, lecz już od drugiego lub trzeciego roku życia (Halban). Tę niezależność kształtowania się różnic płci od gruczołów płciowych potwierdzają liczne doświadczenia i spostrzeżenia na ludziach i zwierzętach. Orencio, Callejas i Paz mieli sposobność badania kobiety z duchowymi i drugo- i trzeciorzędnymi fizycznymi cechami kobiecymi (również z dobrze rozwiniętymi sutkami), u której stwierdzono zupełny brak macicy, jajowodów i jajników.

Podobnie wystąpienie gynekomastii u mężczyzn nie zależy tylko od braku hamującego wpływu jąder (Kriss), lecz może być również wynikiem uszkodzenia wątroby lub nadnerczy (Guardabassi i Carta, Levi). Znane są przypadki, w których obojnak utrzymywał stosunki płciowe z osobami obu płci, nie skłaniając się wyraźnie do żadnej z nich. W przypadku Fibiger'a i Crechio obojnacy żeńscy utrzymywali długie lata stosunki płciowe z kobietami, nie odczuwając popędu płciowego do mężczyzn. Wszystko to przemawia za tym, że nawet w okresie dojrzewania stwierdzona obecność gruczołów płciowych nie rozstrzyga o płci. Są jeszcze inne czynniki, nie zupełnie dotychczas poznane, które wzmacniają poczucie płci; należy tu czynnik psychiczny (może to być ośrodek płciowy w mózgu, jak to podawał Kraft-Ebing lub nawet wychowanie), gruczoły wkrewne, przewaga jednego gruczołu płciowego nad drugim. Rozważania te wskazują, jak niestała jest granica między obiema płciami. Podkreśla to Magnus Hirschfeld, który, przyjmując pośrednie stopnie między obu płciami, zaciera ostre granice między nimi.

W przypadku obojnactwa, który sekcjonowałem, istniały również znaczne trudności w rozpoznaniu płci za życia. Po urodzeniu rozpoznano go jako chłopaka i dokonano na nim rytualnego obrzezania. W miesiąc po urodzeniu dziecko zmarło na klinice chorób dziecięcych.

Sekcja (L. prot. sekc. 806/35) stwierdziła stan następujący.

Zwłoki dziecka jednomiesięcznego, wzrostu odpowiedniego do wieku, o kośćcu dobrze rozwiniętym i odżywieniu nieco upośledzonym. Skóra blada. Głowa, twarz, mózg i opony niezmienione. Na opłucnych i osierdziu stwierdziłem wybroczyny. Nadto wzdęcie żołądka, bladość błony śluzowej przewodu pokarmowego, powiększenie grudek limfatycznych w grubym jelicie, powiększenie i przekrwienia gruczołów limfatycznych krezkowych.

Gruczoły wkrewne, mianowicie przysadka, szyszynka, tarczyca, przytarczyca i grasica zmian makroskopowo nie wykazywały, jedynie nadnercza były znacznie powiększone i obrzękłe.

Narząd moczo-płciowy przedstawiał się następująco: Większe wargi sromowe są odpowiednio wielkie, przypominają rysunkiem na powierzchni mosznę; jąder jednak nie zawierały. Łechtaczka długa 3,5 cm, o średnicy 1,2 cm, z żołędzią, odpowiadającą wielkością żołędzi prącia chłopaka 1 do $1^1/_2$-miesięcznego; nie stwierdza się w niej cewki moczowej, jednak na jej końcu jest widoczna płytka szczelinka długości $^1/_2$ cm, przypominająca ujście cewki moczowej. Żołądź jest odsłonięta do połowy, napletek daje się nieznacznie ściągać ku tyłowi. Po uniesieniu ku górze łechtaczki widzi się ujście cewki moczowej. Warg mniejszych i ujścia pochwy nie można wykazać.

Narządy rodne wewnętrzne, widziane w miednicy przed ich wyjęciem ze zwłok, są typowo kobiece. Po wyjęciu ich okazuje się, że cewka moczowa jest szeroka, gdyż jej obwód wynosi 5 mm i zachowując tę szerokość łączy się ona prawidłowo z pęcherzem. Na tylnej ścianie cewki moczowej, w odległości 1 cm od jej zewnętrznego ujścia, widać otwór o średnicy $1^1/_2$ mm, otoczony wyniosłym wałem, utworzonym z błony śluzowej (Ryc. 1). Otwór ten wiedzie do pochwy, nie mającej innego ujścia zewnętrznego, zresztą prawidłowo zbudowanej. Macica i jajniki przy oglądaniu gołym okiem zmian nie wykazują.



Ryc. 1. Obraz makroskopowy narządu moczowo-płciowego. a) przydatki maciczne z jajnikami; b) otwarty od przodu pęcherz moczowy; c) cewka moczowa; d) ujście zewnętrzne pochwy do cewki moczowej.

Badanie histologiczne.

Jajniki. W korowej części stwierdza się bardzo liczne pierwotne jajka, dość liczne wzrastające i dojrzewające jajka. Niektóre jajka są w okresie dość daleko posuniętego dojrzewania. Jajka są mniej lub bardziej obrzękłe, wzrastające zaś, szczególnie dojrzewające, wyrodnieją i rozpływają się tak, że często już trudno je zobaczyć (Ryc. 2). Utkania jądra nie stwierdziłem.

Tarczyca. Niektóre zraziki tarczycy mają porozszerzane światła pęcherzyków, wypełnionych kwasochłonnym koloidem, a pęcherzyki są wysłane płaskim nabłonkiem, w innych zrazikach pęcherzyki mają małe światło i nie ma w nich koloidu a nabłonek jest wałeczkowy.

Przysadka, szyszynka, wątroba, śledziona i płuca są jedynie silnie przekrwione.

Grasica miejscami ma zwiększoną ilość ciałek Hassala.

Nadnercza są w całości powiększone.

Łechtaczka zmian nie okazuje.

A zatem przypadek opisany jest obojnakiem rzekomym żeńskim. Uderzają w nim duża łechtaczka z silnie wykształconą żołędzią, szeroką cewką moczową, do której uchodzi pochwa. Narządy rodne wewnętrzne są prawidłowo wykształcone, jedynie jajniki wykazują mikroskopowo cechy przedwczesnego dojrzewania. Z innych narządów uderzają silnie powiększone i obrzękłe nadnercza, mikroskopowo cechy nadczynności tarczycy i przekrwienie narządów wewnętrznych.

Jak widzimy, narządy rodne zewnętrzne, przypominające wyglądem narządy męskie, wprowadziły w błąd rodziców. Najprawdopodobniej prawdziwe rozpoznanie płci nie nastąpiłoby przed okresem pokwitania; dopiero wystąpienie miesiączek, rozwinięcie się sutków itp. mogłoby świadczyć o błędnym rozpoznaniu płci. Próbne otwarcie jamy brzusznej w tego rodzaju przypadku mogłoby ustalić rozpoznanie. Wziernikiem cewkowym można byłoby bez trudu dojrzeć ujście pochwy do cewki moczowej. Dla ułatwienia spółkowania i urodzenia dziecka można było by naciąć krocze i w ten sposób otworzyć sztucznie pochwę

na zewnątrz. Spółkowanie jednak może świadomie lub nieświadomie odbywać się przez cewkę moczową, jak to podnoszą Freund, Fürst i inni, a jak ostatnio wykazał również w swoim przypadku Studziński.

Przypadek Studzińskiego wykazuje wielkie podobieństwo do naszego. Chodziło w nim o kobietę, której pochwa uchodziła również na początku cewki moczowej. Spółkowanie odbywało się nieświadomie przez cewkę moczową, która przedstawiała się podobnie jak w moim przypadku, zapewne wrodzenie rozszerzona. Dopiero w czasie porodu okazał się brak ujścia zewnętrznego pochwy i autor przez nacięcie krocza ułatwił poród i wytworzył prawidłowe warunki dla utrzymywania stosunków płciowych.



Ryc. 2. Obraz mikroskopowy jajnika. a) wyrodnienie wzrastających pęcherzyków Graafa; b) wzrastające pęcherzyki; c) podścielisko jajnika.

Należało by się jeszcze zastanowić nad stosunkiem przerosłych nadnerczy do obojnactwa. Są one tak często przerosłe, że wielu autorów uważa to wprost za przyczynę obojnactwa, jednakże być może, jak to ostatnio podkreśla Werthemann, nie mają one rozstrzygającego znaczenia, lecz raczej są ogniwem w łańcuchu zmian gruczołów wkrewnych i skłonności zarodkowych do powstawania obojnactwa. Najprawdopodobniej są one w łączności ze zmianami narządów, w szczególności gruczołów płciowych, na co wskazuje wynik sekcji przeze mnie wykonanej. Jest to płód żeński (L. pr. s. 86/36), silnie rozwinięty i urodzony przy pomocy wykonanej trepanacji. Sekcja wykazała, że jajniki były torbielkowato zwyrodniałe, a nadnercza silnie przerosłe i obrzękłe. Mikroskopowo w zachowanym miąższu jajnikowym widoczne były liczne pierwotne jajka, niektóre wzrastające.

Niektórzy autorowie (Mathias i in.) twierdzą, że zmiany narządów płciowych są następstwem wady rozwojowej nadnerczy w postaci ich przerostu. Przerost nadnerczy miałby wywoływać w życiu płodowym przerost zewnętrznych narządów rodnych, zwłaszcza łechtaczki, i miałby wpływ na przedłużenie kanału moczo-płciowego (Bab, Mathias).

Piśmiennictwo:

Bab: wg Kermauner'a. — Berblinger: Klin. Wschr. 1923. — Crechio: wg Neugebauer'a: Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig, 1908. — Fibiger J.: Virch. Arch. 181, 1905. — Freund, Fürst: wg Broman, Normale u. abnormale Entwicklung d. Menschen. Wiesbaden, Bergmann 1911. — Guardabassi M. i Carta P.: Ann. Fac. Med. Perugia 32, 45, 1932. — Gudernatsch: Amer. J. Anat. 11, 1910—1911. — Halban J.: Halban J. u. Seitz L. Biologie u. Pathologie d. Weibes. T. III. 1924. — Hirschfeld M.: Sexualpathologie II. 1922. — Jedlicka: wg Stojałowskiego i Dębskiego. — Kermauner Fr.: Halban J. u. Seitz L. Biologie u. Pathologie d. Weibes. T. III. 1924. — Kleinknecht: Bruns. Beitr. 102, 1916. — Kraft-Ebing: wg Neugebauer'a. Medycyna. Nr 1, 2, 3, 4 i 5. 1904. — Kriss: Arch. Gynäk. 141. Z. 2. — Levi: Endocrinology 5, Nr 6. 1930. — Mathias E.: Virch. Arch. 236, 1921. — Menge: wg Kermauner'a. — Neugebauer F. L.: Medycyna. Nr 1, 2, 3, 4 i 5, 1904; Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig 1908. — Orencio, Callejas i Paz: Rev. Cir. Bueonos Aires 9, Nr 4, 1930. — Photakis: Virch. Arch. 221, 1916. — Polano O.: Z. f. Geburtsh. u. Gynäk. 83, 1921. — Salén E.: Verh. d. D. path. Ges. 1899. — Schapiro G.: Virch. Arch. 266, 1927—1928. — Simon W.: Virch. Arch. 172, 1903. — Stojałowski i Dębski: Virch. Arch. 290, 1933. — Studziński M.: Pol. Gaz. Lek. Nr 28 i 29, 1935. — Uffreduzzi: A. di psich. 31, 1910. — Werthemann: Schweiz. med. Wschr. 1935. — Wolf Ch.: Endocrinology 15, 1935.

Dr Aleksander BUXAKOWSKI. Prymariusz. Dziekanka.

Rutonal jako środek leczniczy w padaczce samoistnej.

Z Zakładu Psychiatrycznego Pozn. Sam. Wojew. w Dziekance.
Dyrektor: Dr Wiktor Ratka.

Nie ma dziedziny w naszym życiu naukowym, w której by umysł ludzki w ostatnich latach nie poczynił wynalazków i postępów, niekiedy wprost fantastycznych. I sztuka lekarska swym dorobkiem wstydzić się nie potrzebuje przed innymi dziedzinami, którym śmiało i odważnie dotrzymuje kroku w ogólnym wyścigu pracy. Niestety tak samo, jak i w wielu innych gałęziach nauki, tak i w medycynie jest jeszcze dużo zagadnień nierozwiązanych, mimo stałych i żmudnych dociekań licznych badaczy. Do schorzeń, otoczonych dotąd mrokiem tajemniczości, jeśli chodzi o ich patogenezę i etiologię, zaliczyć musimy między innymi epilepsję czyli padaczkę samoistną, wrodzoną, jeśli w ogóle taką jednostkę chorobową przyjmujemy. Albowiem poważny zastęp uczonych stoi na stanowisku, że padaczka, znamionująca się znanymi wszystkim napadami drgawkowymi, jest tylko jednym z objawów, towarzyszących innemu schorzeniu głównemu, podstawowemu. Inni znowu badacze podzielają tylko częściowo powyższy punkt widzenia twierdząc jednocześnie, że nie będzie można nigdy usunąć całkowicie pojęcia padaczki samoistnej. Według dzisiejszego stanu rzeczy, mimo najskrupulatniejszych badań naukowych, bardzo często nie udaje nam się wykryć jakiegokolwiek cierpienia podstawowego, wywołującego napad padaczkowy, toteż nazwą *epilepsia genuina* (padaczka samoistna) należy objąć wszystkie te przypadki, w których prócz mniej lub więcej uzasadnionych przypuszczeń nie posiadamy dotąd pewnych niezbitych dowodów przyczyn tej choroby oraz sposobów jej powstawania. I dopóki nauka nie ustali wszechstronnie istoty tego cierpienia, dopóki poglądy nasze opierać się będą tylko na hipotezach, na rozważaniach czysto teoretycznych, nie potwierdzonych odpowiednimi faktami, dopóty nie uda nam się zapewne ustalić należytego systemu leczniczego lub znaleźć środka mniej zawodnego od, powiedzmy, novarsenobenzolu przy kile lub chininy przy zimnicy, a wysiłki nasze ograniczać się będą jedynie do prób zwalczania czołowego objawu chorobowego, jakim jest napad drgawkowy.

Jako główny, nieomal swoisty chemiczny środek leczniczy w padaczce znany jest już od dawna brom (od połowy ubiegłego stulecia). Ma on jednak tę ujemną stronę, że przy długotrwałym zażywaniu go występują liczne niepożądane objawy uboczne, świadczące o zatruciu bromowym ustroju, nie wspominając już o działaniu jego w ogóle mało zadowalającym i mało skutecznym. Toteż w miejsce bromu lub dla uzupełnienia jego działania wprowadzono w ostatnich latach do leczenia padaczki połączenia barbiturowe, spośród których zasługuje na uwagę *rutonal* „Spiess", podobny swym składem do gardenalu, a różniący się od ostatniego tym, że w miejscu grupy C_2H_5 zawiera w sobie grupę CH_3, jest więc metylo-fenylo-malonylo-mocznikiem, co nadaje temu połączeniu mniej nasenne działanie, nie zmniejszając jednak działania przeciwdrgawkowego.

W ciągu ubiegłego roku stosowaliśmy rutonal w Zakładzie Psychiatrycznym w Dziekance w 26 przypadkach padaczki samoistnej, i to u 19 mężczyzn i 7 kobiet w wieku od 17 do 49 lat.

Czas stosowania leku wynosił od 5 tygodni do 4 miesięcy, a dawki wahały się w granicach od 0,15 do 1,1 dziennie w tabletkach po 0,1 i 0,2.

Wyniki były zupełnie zadowalające i nie ustępowały wynikom osiągniętym stosowaniem innych związków barbiturowych (Gardenal, Luminal i Erbenal), a niejednokrotnie nawet je przewyższały, zmniejszając przeważnie ogólną ilość napadów drgawkowych i wpływając w ogóle dodatnio na stan psychiczny leczonych.

Jeśli chodzi o wyniki więcej szczegółowe, to zasługują na specjalną uwagę następujące dane:

Przypadek 1. U jednej chorej, u której przedtem występowały napady 1—2 razy tygodniowo, ustąpiły one przy stosowaniu rutonalu w połączeniu z bromem zupełnie. Chora ta opuściła zakład i dotąd pisuje do nas, wyrażając zadowolenie z rutonalu.

Przypadek 2. Taki sam wynik uzyskaliśmy u jednego chorego na padaczkę z ciężkimi napadami w ilości około 10 napadów miesięcznie, u którego w pierwszym miesiącu leczenia wystąpiły jeszcze 2 napady w odstępach 2-tygodniowych, po czym nie powtarzały się w ciągu dalszego, ponad 3-miesięcznego leczenia rutonalem.

Przypadek 3. Rutonal usunął napady całkowicie u jeszcze jednej chorej, lecz niestety pogorszył się jednocześnie jej stan psychiczny do tego stopnia, że trzeba było lek ten odstawić, po czym napady oczywiście ponownie się zjawiły. Może dalsze doświadczenia u tej chorej doprowadziłyby do wcale zajmujących wyników, wszelkie jednak dalsze próby leczenia po ustąpieniu stanu podniecenia rozbijały się o jej negatywne ustosunkowanie się do lekarza. Warto tutaj wspomnieć, że u chorej tej ukazała się po kilkudniowym zażywaniu rutonalu żywo czerwona, zlewająca się wysypka skórna, rozsiana po całym ciele, lecz nie sprawiająca dolegliwości, która to wysypka minęła po tygodniu mimo dalszego stosowania leku w niezmienionej dawce.

Przypadek 4. Chory z napadami występującymi 4—5 razy na tydzień miewał je po ustaleniu najodpowiedniejszej dla niego dawki przeciętnie tylko jeden raz na dwa tygodnie.

Przypadek 5. U jednej chorej napady okresowe w czasie miesiączki, występujące seriami po 4—6 w ciągu 2—3 dni, zostały zredukowane do połowy.

Przypadek 6. Ten sam wynik osiągnięto u jednego z dalszych chorych, u którego ilość drgawek zmniejszyła się z ± 15 miesięcznie na ± 7 miesięcznie.

Przypadek 7. W tym przypadku chodziło o chorego z ciężką padaczką, z bardzo częstymi napadami drgawkowymi — 3—5 razy na dobę. Po 3-tygodniowym leczeniu ilość napadów spadła do 1—2 na dobę.

Przypadki 8—13 stanowią grupę chorych, u których wyniki leczenia były bezwzględnie dodatnie, gdyż napady zmniejszyły się tak ilościowo, jak i jakościowo, aczkolwiek nie w tak wysokim stopniu, jak w poprzednio wymienionych przypadkach.

Przyp. 14—23. Do tej liczniejszej grupy należy zaliczyć w ogóle 10 chorych, u których rutonal stosowany w miejsce innych związków barbiturowych nie przyniósł wyraźniejszej poprawy, ale też w niczym im nie ustępował.

Przyp. 24—26. Pozostaje wreszcie jeszcze trzech chorych, u których wyniki stosowania rutonalu były ujemne, tzn., że napady drgawkowe u tych chorych wzmogły się ilościowo, przy czym zasługuje na uwagę, że mimo to u jednego z nich polepszył się jednocześnie jego stan psychiczny. Stosowanie w dwóch z tych przypadków leczenia kombinowanego przez zastąpienie częściowe dotychczas podawanych środków rutonalem (a więc rutonal + gardenal lub erbenal albo luminal + brom w najróżniejszych kombinacjach) poprawiło szybko te ujemne wyniki, doprowadzając do stanu poprzedniego. Ostatni natomiast z tych trzech przypadków i na taką metodę leczenia dodatnio nie reagował tak, że trzeba było powrócić do przedtem używanego środka.

Reasumując wyżej przytoczone wyniki, osiągnięte stosowaniem rutonalu w zwalczaniu napadów drgawkowych w przebiegu padaczki samoistnej, musimy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Działanie rutonalu nie ustępuje w ogóle pod względem skuteczności w leczeniu drgawek padaczkowych innym przeciwpadaczkowym związkom barbiturowym.

2. Istnieją jednostki szczególnie podatne dla leczenia rutonalem, u których lek ten daje bezwzględnie lepsze wyniki od innych podobnych środków.

3. Z drugiej strony należy pamiętać o tym, że są tacy chorzy, którzy wykazują pewną oporność dla rutonalu i nie nadają się do leczenia tym środkiem.

4. Takich ujemnych działań ubocznych, które stanowiłyby bezwzględne przeciwwskazania dla stosowania rutonalu, nie zaobserwowaliśmy z wyjątkiem przytoczonego stanu podniecenia psychomotorycznego w jednym przypadku, który nie zezwala jednak na wyciągnięcie dalej idących wniosków ze względu na przerwane z winy leczonej doświadczenia, tym bardziej, że wpływ rutonalu na stan psychiczny leczonych we wszystkich innych przypadkach był wyraźnie dodatni. Należy podkreślić, że rutonal mimo pochodzenia z grupy barbiturowej nie powoduje snu, co jest ważne w lecznictwie takich osobników chorych na padaczkę, którzy nie mogą być wyeliminowani z kontaktu ze światem i muszą pracować. Wysypki po rutonalu występują rzadko i są szybko przemijające. Nie wpływają one na przebieg leczenia rutonalem.

Na zakończenie powyższych uwag należy zaznaczyć, że rutonal może oddać wielkie usługi w zwalczaniu napadów drgawkowych w padaczce pod warunkiem nie schematycznego lecz ściśle indywidualnego stosowania go, gdyż doświadczenia nasze wykazują, że zmniejszenie lub ustąpienie napadów nie jest proporcjonalne do wysokości stosowanej dawki, że należy zatem dążyć do wypośrodkowania najniższej a jednocześnie najskuteczniejszej dla danej jednostki dawki, jako też najwięcej odpowiadającej kombinacji z innymi środkami przeciwpadaczkowymi. Wymaga to często dużo cierpliwości, wytrwałości i drobiazgowej sumienności ze strony leczącego, który początkowym brakiem polepszenia nie powinien się zrażać, gdyż staranność w dawkowaniu i zestawieniu rutonalu z innymi lekami zostaje bardzo często sowicie wynagrodzona bardzo dobrym końcowym wynikiem leczniczym.

Wspomnieć jeszcze wypada, że rutonal badany był na znacznie większym materiale, niż przytoczony w pracy, ponieważ jednak chorzy z przyczyn od nas niezależnych (odmowa dalszego przyjmowania, opuszczenie szpitala itp.) nie zakończyli leczenia, przeto nie podajemy przebiegu leczenia tych przypadków.

Dr Feliks WIDY. Poznań.
Dr Wilhelm SLUZAR.

O leczeniu niedokrwistości wtórnej w przebiegu chorób kobiecych fosfotoniną.

Z Kliniki Ginekologicznej Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu.

Działanie związków fosforowych na przemianę materii, w szczególności na tkankę kostną i na tkanki krwiotwórcze jest znane od dawna. Jednak zakres zastosowania uległ naszym zdaniem rozszerzeniu od czasu wprowadzenia preparatów fosforowych w postaci zastrzyków. Ten rodzaj zastosowania różni się tym od stosowania doustnego, że przy tym fosfor dostaje się wprost do krwi, unikając odtruwającego działania wątroby, które osłabia i zmienia jakościowo działanie leku, stosowanego doustnie.

W niniejszej pracy postawiliśmy sobie za zadanie zbadanie działania regenerującego i krwiotwórczego fosfotoniny. Jako materiał kliniczny służyły nam przypadki niedokrwistości wtórnej po krwawieniach macicznych z powodu poronienia, porodu, zapalenia macicy oraz długotrwałych chorób wyniszczających, jak zapalenie przydatków. Badań naszych dokonaliśmy w okresie czasu od stycznia 1935 roku do października 1936 r. Dla oceny wyników leczenia fosfotoniną przeprowadziliśmy u chorych badanie krwi na barwik krwi metodą Sahliego, na początku leczenia, po 10 dniach leczenia i po 20 dniach leczenia. W takich samych odstępach czasu przeprowadzaliśmy badania krwi w przypadkach kontrolnych. Wszystkie chore przychodziły do ambulatorium. Niewątpliwie zatem pewien wpływ mogły wywierać indywidualne warunki życia, a przede wszystkim sposób odżywiania się zależny przede wszystkim od zamożności poszczególnych chorych. Otóż należy zaznaczyć, że przeważająca większość naszych chorych (92%) rekrutowała się ze sfer niezamożnych robotniczo-pracowniczych, przeważnie ubezpieczonych na wypadek choroby, częściowo bezrobotnych. Ażeby uniknąć wszelkich niepożądanych wpływów, na ostateczny wynik doświadczenia, dokonywaliśmy wyboru przypadków kontrolnych i leczonych w ten sposób, że automatycznie co drugi przypadek niedokrwistości był przypadkiem kontrolnym.

Wszystkich przypadków leczonych było 64. Z tego 57 ukończyło leczenie. Przyczyną nieukończenia leczenia przez 7 chorych było niezgłoszenie się 5 chorych do ostatnich zastrzyków z powodów nieznanych, w jednym przypadku wyjazd do innej miejscowości, w jednym przypadku dołączenie się innej choroby (ostre zapalenie migdałków). Przypadków kontrolnych było 63.

Z tego 10 nie zgłosiło się do powtórnego badania krwi. Do trzeciego badania krwi zgłosiło się 4 chorych. Z tych 48 chorych 5 poddało się jeszcze w następstwie leczeniu fosfotoniną. Wynik obserwacji i leczenia tych ostatnich 5 chorych podajemy osobno.

Cały materiał kliniczny podzieliliśmy w zależności od ciężkości na przypadki ciężkie i lekkie. Mianowicie do ciężkich zaliczyliśmy te przypadki, w których przy pierwszym badaniu zawartość hemoglobiny we krwi nie przekraczała 45%. Wszystkie inne zaliczyliśmy do lekkich.

Oprócz szybszego przyrostu barwika krwi u chorych leczonych fosfotoniną w porównaniu z wynikami chorych kontrolnych stwierdziliśmy jeszcze u chorych leczonych fosfotoniną lepsze łaknienie, większy przyrost wagi ciała, pewien wzmożony stan samopoczucia o zabarwieniu optymistycznym i niewątpliwie korzystniejszy przebieg samego podstawowego cierpienia ginekologicznego, ze względu jednak na to, że ze wszystkich tych objawów przyrost hemoglobiny jest objawem najłatwiej uchwytnym, dającym się zmierzyć i istotnym dla samego cierpienia, ograniczyliśmy się do samego tylko skrupulatnego notowania wyników badania krwi na zawartość hemoglobiny.

Tablica 1.

Przypadki leczone (ciężkie).

% Hb	po 10 dn.	po 20 dn.	rozpoznanie
35	45	50	*metritis*
40	50	55	*post. partum*
40	52	57	*abortus*
37	45	55	"
45	50	60	"
40	52	60	"
45	55	61	"
43	50	60	*metritis*
40	50	62	"
42	51	60	"
39	48	55	"
43	49	57	*abortus*
40	49	55	"
44	51	59	"
41	52	60	"
45	54	65	"
40	51	60	*adnexitis*
45	55	62	*metritis*
40	50	60	*adnexitis*
42	51	61	"
41	50	58	"
43	54	60	*abortus*
45	55	62	"

Przeciętnie zatem przy pierwszym badaniu 42% Hb, po 10 zastrzykach 51% Hb, po 20 zastrzykach 59% Hb.

Tablica 2.

Przypadki kontrolne ciężkie.

% Hb	po 10 dn.	po 20 dn.	rozpoznanie
40	44	48	*adnexitis*
41	45	50	"
42	43	48	"
45	48	50	*abortus*
44	49	53	*adnexitis*
39	45	50	*abortus*
42	50	53	"
43	45	50	"
45	45	48	"
40	42	45	*metritis*
45	48	50	"
43	45	45	*abortus*
45	48	50	"
44	50	55	"
40	45	50	"
45	45	48	*metritis*
44	50	55	*adnexitis*
40	45	50	*post. part.*
39	45	48	"
38	43	45	*abortus*
40	45	48	"
41	45	50	"
42	48	50	"
39	40	42	*metritis*
38	40	40	*adnexitis*

Przeciętnie zatem przy pierwszym badaniu 42% Hb, przy drugim badaniu 46% Hb, przy trzecim badaniu 49% Hb.

Przy zestawieniu tablicy pierwszej i drugiej widzimy wybitne wzmożenie przyrostu barwika krwi w przypadkach leczonych fosfotoniną.

Podajemy jeszcze zestawienie 5 przypadków, na początku obserwowanych, potem leczonych zastrzykami fosfotoniny.

Tablica 3.

% Hb	po 10 dniach	po 20 dniach	po 10 zastrz.	po 20 zastrz.	rozpoznanie
40	42	45	55	62	*metritis*
43	45	45	54	65	*abortus*
38	43	45	55	62	"
39	40	42	51	60	*metritis*
38	40	40	50	60	*adnexitis*

W tych przypadkach na początku było przeciętnie 39% hemoglobiny, po 20 dniach obserwacji ilość hemoglobiny wzrasta przeciętnie do 43%, po 20 zastrzykach fosfotoniny w ciągu następnych 20 dni procent hemoglobiny wzrósł przeciętnie do 62.

Oprócz przyrostu barwika krwi stwierdziliśmy u leczonych fosfotoniną przyrost wagi, poprawę łaknienia, poprawę stanu samopoczucia i poprawę ogólnego stanu zdrowia.

Niewątpliwie we wszystkich tych przypadkach na pierwszym miejscu stosowaliśmy leczenie przyczynowe, leczenie pierwotnej choroby. Jednak stwierdziliśmy bardzo korzystny wpływ zastrzyków fosfotoniny we wszystkich przypadkach.

W pozostałych 34 lżejszych przypadkach, procent hemoglobiny wynosił przeciętnie 49, po 10 zastrzykach wzrósł do 58, a po następnych 10 zastrzykach do 65. W pozostałych 23 lżejszych przypadkach kontrolnych procent hemoglobiny przy pierwszym badaniu wynosił przeciętnie 51, po 10 dniach obserwacji 52, po 20 dniach obserwacji 54.

Zastrzyki wykonywaliśmy domięśniowo w okolicę pośladkową w bocznym górnym kwadrancie. Chore nie skarżyły się na jakąkolwiek bolesność po zastrzykach.

Co do samych opakowań po 10 ampułek à 1,1 cm³, to uważamy je za zupełnie odpowiadające celowi. W naszych bowiem przypadkach ograniczyliśmy się do 20 zastrzyków po jednej ampułce. Niewątpliwie, że może się okazać potrzeba stosowania podwójnych dawek, ale w tych wypadkach można wstrzykiwać po 2 ampułki.

U pozostałych 5 chorych kontrolnych, które nie zgłosiły się do trzeciego badania krwi, zawartość hemoglobiny przy pierwszym badaniu wynosiła przeciętnie 54%, a po 10 dniach też 54%.

Zastrzyki można też robić podskórnie, gdyż są one niebolesne.

W naszej pracy klinicznej zwróciliśmy głównie uwagę na cyfrowe ujęcie sprawy. Chodziło nam głównie o to, żeby na większym materiale w sposób objektywny sprawdzić skuteczność preparatu. Chodziło nam też o to, żeby stwierdzić, czy preparat nie wywołuje w jakichkolwiek przypadkach jakichś niepożądanych działań ubocznych. Odpowiedź na to pytanie w sposób dostatecznie pewny mogły nam dać tylko takie masowe badania kliniczne preparatu. Odpowiedź ta wypadła pozytywnie w tym znaczeniu, że żadnego działania ubocznego niepożądanego nie stwierdziliśmy.

Fosfotoninę stosowaliśmy też w licznych przypadkach prywatnych. Stwierdziliśmy przy tym też bardzo korzystny wpływ na stan zdrowia. Na podkreślenie zasługuje wybitna poprawa stanu samopoczucia i zwiększenie sprawności umysłowej już po pierwszym zastrzyku. Stąd też leczeniu fosfotoniną poddawały się bardzo chętnie chore pracujące umysłowo, zwłaszcza studentki w okresie egzaminów. Tak dokuczliwe w tych przypadkach przemęczenie i senność, zwłaszcza po obiedzie, z powodu niedokrwienia mózgu ustępowały już na początku leczenia. Przeprowadzane w tych przypadkach badanie krwi na hemoglobinę dawały wyniki podobne, jak u chorych ubezpieczeniowych. Z powodu tego, że badania na chorych prywatnych nie były przeprowadzane w sposób tak systematyczny, jak na materiale szpitalnym, że wyniki tych badań nie dają się ująć w sposób poglądowy, ograniczamy się do tych kilku słów o stosowaniu fosfotoniny w praktyce prywatnej.

Franciszek KMIETOWICZ jun. Lwów.

Szczawa.

Z Zakładu Farmakologii Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.

Ciąg dalszy.

III.

Historia, geografia, antropologia i klimat wsi Szczawy.

Nazwa wsi Szczawa jest prastarą nazwą słowiańską pierwotnie i miejscowo oznaczającą kwaśne źródła wód mineralnych, tryskające w potoku Niedźwiedź albo Kamienica. Nazwa ta przeniesiona została z biegiem czasu na nowo założoną osadę górską.

Osiedlenie Szczawy szło bowiem ze wsi Kamienica, założonej w roku 1297 przez Gryfinę, wdowę po Leszku Czarnym, w miarę wzrostu ludności i w miarę wyrębu lasów na pola rolne pod Turbaczem. Wyrąb ten dotyczył w Szczawie wydzielonego działu na osadnictwo, którego nazwa utrzymała się w pierwszej niwie wsi zwanej do dzisiaj „Dział". Wycinanie lasu na pola rolne objęło wtedy stoki górskie, wystawione ku południowemu zachodowi. Stąd nazwy miejscowe Zarębek Chlipały, Mazura, Domka, Bulandy i Gardonia.

Szczawa i cała jej okolica ze wsiami Zasadnem, Zbłudzą, Zagórzynem i Kamienicą, należała od XIII do końca XVIII wieku do uposażenia Klasztoru Panien Klarysek w Starym Sączu, fundowanego przez św. Kingę.

Najstarszą notatką o Szczawie jest wyciąg z Inwentarza Dóbr Panien Klarysek z roku 1607, gdzie Ksieni Ewa Gostwicka za wierne i kilkuletnie usługi nadaje w dożywocie sołtystwo kamienieckie: Urodzonemu Stanisławowi z Rozprzy Krobickiemu, herbu Złotogoleńczyk i żonie jego Teofili Łapczance i synowi Krzysztofowi, z datą 28 sierpnia 1607 r. a podpisanego w Starym Sączu wobec Księdza Mikołaja Dobrocieskiego, Kanonika krakowskiego, komisarza biskupiego i księży klasztornych.

...„Zarembnicy na Szczawie robić powinni po dni cztery w tydzień pieszo, albo się najmują; strożne, najem, czynsze, płacą jako „w linjach" opisane są. Oprawy po sztuce z włókna pańskiego prząść powinni. Dziesięciny do Świniarska ani ospu do grodu nie dają. Ospu Xdzu Plebanowi kamienieckiemu każdy z nich daje żyta i owsa 1. korzec. Dni najemne tak kmiecie, jak i zarembnicy wszyscy, którzy w najmach są, każdy z nich powinien dni najemnych odrobić do żniwa i orzby dwanaście do Łącka, to jest bydłem dni 6; pieszo także dni 6, którzy bydłem rabiają".

„Dań od owiec, baranów i koziny u kogoby się znajdowały, tedy powinni od nich dać dwudziestego barana na konwent podług zapisu uczynionego przez pana pisarza prowentowego, a gdyby z nich który mniej miał, to powinien od sztuki płacić po gr 4½, co wójt powinien każdy dojrzeć tego i p. pisarzowi prawdziwie wydać pod sumieniem należycie, żeby prawdziwie podawali; którzyby zaś mieli owce albo barany kupne, takową dań powinni od nich oddawać, a gdyby się w górach nalazło więcej, u którego nad popis, wieloby ich zataił, jeżeli jedną, to jedna na konwent ma bydź wzięta, jeżeli dziesięć, to dziesięć, jeżeliby więcej, to wszystkie zatajone powinny bydź wzięte na konwent podług prawa wołoskiego; ktoby zaś przykupił po popisie, powinien się do dworu łąckiego opowiedzieć, albo do pana pisarza, żeby pod taką karę nie podpadł, to jest, żeby mu tych owiec przykupionych nie zabrano, mniemając, że to zatajone były i dań od nich oddać powinien. Tak się ma rozumieć po wszystkich wsiach ktorzyby owce chowali; z każdego szałasu po parze jarzębi (jarząbków), albo parę kapłonów. Od owiec dojnych No 40, ser wołoski jeden, którby się stał sto groszy. Siąg sukna z każdego szałasu każdy powinien oddać dtto 1400 (?) było szałasów No 9; ci baranków młodych nie dają".

Następny inwentarz z r. 1699, wyszczególnia rody nowoosiadłe w Szczawie. Jest to cenne ze względu na historię populacji wsi i porównanie rodzin na przestrzeni 200 lat.

Zarembnicy na Szczawie w r. 1699	Dni piesz.	Strozn. Zł	gr	Najem Zł	gr	Czynsz Zł	gr.	P.
1 Błażej Gardoń Najem daie	4	1	—	13	—	1	—	—
2. Wojciech Faron Najem daie	4	1	—	13	—	1	—	—
3. Wojciech Dorach, drugi robi, za to wytrąca mu się najmu Zł. 10.	4	1	—	13	—	1	—	—
4. Marcin Kuziel Najmu daie	4	1	—	13	—	1	—	—
5. Stanisław Wąchała Najmu daie	4	1	—	13	—	1	—	—
6. Jakób Łuszczek, leśny rydzów daie pół najmu, z polany daie 6 zł.	4	1	—	5	15	1	—	—
7. Jan Mucha Najmu daie	4	1	—	13	—	1	—	—
8. Józef Kucia Najmu daie	4	1	—	13	—	1	—	—
9. Stanisław Bulanda Najmu daie	4	1	—	13	—	1	—	—
10. Szymon Chlypała Najmu daie	4	1	—	13	—	1	—	—
11. Thomasz Mazur Najmu daie	4	1	—	13	—	1	—	—
12. Wojciech Buk Najmu daie	4	1	—	5	15	1	—	—

„...Ta wieś Kamienica oraz z Zasadnem i Sczawą graniczy od wschodu z Zabrzezą wsią konwencką, na południe z Ochotnicą Królewską, ciągną się te granice wierzchami gór, aż do Kluczek, na zachód od Kluczek z Nowym Targiem, Łopuszną, Porębą, na północ z Dobrą, wsią Ich Młiów. P. P. Lubomirskich, są tam dwa kopce z Stopnicami Królewską i Szlachecką, Konwenckiego niemasz w te granice, bo niedawno in No 1681 stanęło rozgraniczenie, między Ochotnicą, Porembą etc. i ten jest Dekret graniczny w aktach konwenckich wpisany folio 272".

Przy kasacji zakonów przez austriackiego cesarza Józefa II przeszła Szczawa w r. 1780 na rządowy fundusz religijny, jako dobra kameralne. W *„Liber Dominiorum"*, Tom 114 pagina 1, obecnie w Archiwum Państwowym we Lwowie, zapisano *„haereditas ad oppidum Antiquae Sandez cum eo adjacentibus pagis usque ad sequen. pag 187, Colegii abolitarum Monialum Sandecensium Ordinis Sanctae Clarae, nunc Fundi Religionis... ex Judice universali seu Catastro Anni 1780"*.

Zabrano wtedy zakonowi Klarysek 73 wsi, leżące w okół Starego Sącza w cyrkule nowosądeckim.

Na gruntach tych wsi powstało 16 kolonij niemieckich, dziś zupełnie spolonizowanych. Powstały więc Colonia Neudörfel, Laufendorf, Morau, Ernsdorf, Tannendorf, Niesendorf, Wagendorf oraz Colonia Naschazowitz, Juraschau, Golkowitz, Podwitsch, Bikowitz, w końcu Colonia Gay, Kulin i Zagórzyn.

Niebawem jednak rząd austriacki zaczął sprzedawać dobra kameralne w ręce aklimatyzowanych Niemców. Sprzedano też Szczawę, Zbłudzę, Zasadne, Zagórzyn i Kamienicę z dalszymi czterema wsiami, oraz drugi ośrodek Gródka i Posadowej z ośmioma wsiami Józefowi Karolowi Kirchnerowi za sumę 42.000 florenów waluty austriackiej, dnia 2 sierpnia 1833 r., a intabulowano dnia 23 stycznia 1834 r.

Titulus haereditatis przeszedł w obce ręce. Wpłacono tylko połowę wartości 21.000 florenów, intabulując drugą połowę, jako dług na 19 wsiach o obszarze blisko 15.000 morgów *(Liber Dom.* 114, pag. 63, *Lib. Dom. 222*, pag. 122—160). Jaka była rzeczywista wartość ziemi dowodzi tego fakt, że odszkodowanie za uwłaszczenie chłopów po r. 1848 wynosiło dla jednej tylko wsi Kamienicy 14.286 florenów 55 krajcarów, a dla tak małej wsi, jak Szczawa 2.855 florenów i 10 krajcarów.

Kirchner miał trzy córki, Kornelię, Józefę Mariannę i wcześnie zmarłą Teofilę. Kornelia wyszła zamąż za Maksymiliana z Brzezia Marszałkowicza, herbu Zadora, wnosząc mu wianem Kamienicę, Szczawę i wsie okoliczne; Józefa za Żuka-Skarszewskiego h. Nałęcz wnosząc mu Gródek z przynależnościami. Akt podziału nastąpił dnia 14. VI., 2/IX 1840 r. Wsie wróciły na krótko znów w polskie ręce.

W r. 1879 Kornelia z Kirchnerów Marszałkowiczowa sprzedała Szczawę wraz z siedmiu wsiami Louisowi i Bernhardowi Jaffe. Ci zaś 5. VII, 5. VIII, 1884 r. trzecią część tych dóbr intabulowali w Poznaniu na rzecz Leona Jaffego.

Po Jaffych przeszła Szczawa 10. IX, 24. X, 1890 r. na rzecz ks. Adama Hr. Potulickiego, kontraktem w Krakowie 12 i 24 III. 1893 r. na Marcelego Sobańskiego i Franciszka Hr. Potulickiego; kontraktem w Ołomuńcu 16. I. i 20. II. 1894 r. na Michalinę Włyńską, kontraktami w Krakowie 3. i 2. II. 1895 r. na Ludwika Zygmunta Hr. Jaxę Dębickiego, a 2. i 4. III. 1898 r. na Kazimierza Lipińskiego; po czym 5. VIII. 1907 r. na rzecz Spółki Akcyjnej *Zsolnaer Cellulose Fabrik*, a 1. I. 1917 r. kontraktem w Zsolna 24. XII. 1916 r. na Spółkę Akcyjną *„Zsolnaer Forstindustrie"*; w końcu kontraktem w Krakowie 18. VII. 1923 r. i 12. VI. 1924 r. na rzecz Towarzystwa Górniczo-Przemysłowego „Saturn", kopalnia węgla, Spółka Akcyjna w Czeladzi w Zagłębiu Dąbrowskim, które dotąd lasy Szczawy eksploatuje, a jest spółką obcego kapitału.

Źródła mineralne szczawskie wykupił od chłopów absolwent medycyny i wicedyrektor departamentu sanitarnego miasta Warszawy Antoni Gryzina-Lasek.

Własność Jaffe'ych obejmowała dobra Kamienica, Szczawa, Wola Kosnowa, Wola Piskulina i Zagórze.

Szczawa w hipotece stanowi jeden odrębny objekt i jako całość nie była dzielona, a jedynie z biegiem czasu wydzielano z niej szereg poszczególnych parcel, jak to się zresztą działo we wszystkich większych dobrach w tym czasie.

W metryce Józefińskiej z r. 1787, złożonej w Archiwum Ziemskim u Bernardynów we Lwowie (IV. 65), z dnia 30. X. podpisanej przez austriackich komisarzy Józefa von Braun i J. L. von Stotschek, *„summarium"* wsi Szczawy z Kamery czyli Państwa Starosądeckiego, daje nam pogląd na stan wsi i życie ekonomiczne w tym czasie. Pola uprawnego było wtedy 292 morgi, 624 sążnie. Zbierano z niego 140 i 5/32 korcy jęczmienia, licząc korzec po 32 garce, owsa zaś 1357 i 20/32 korcy na dwa lata; czyli na rok 748 korcy i 29 garcy ziarna.



Widok wąwozu Szczawy.
(Poprzecznie potok Kamienica, w głąb potok Głębieniec).



Panorama górska Szczawy w zimie.



Kaskady potoku Niedźwiedź (Kamienicy).



Gorce w zimie.

Łąk było 731 morgów, 1126 sążni i zbierano z nich 996 cetnarów siana słodkiego, 210 kwaśnego i 17 potraw rocznie.

A więc z jednego morga zbierano tylko 2½ korca zboża rocznie, a siana cztery do sześć cetnarów, zależnie od jakości łąki.

Powinności w r. 1789 we wrześniu obliczone dla wsi Szczawa (Archiwum państwowe L. 2267) miał Tomasz Mazur (Dom Nr 1), Marcin Chlipała (3), Marcin Spólnik (7), Antoni Mucha (10), Jędrzej Wiatr (9), Wojciech Wąchała (12), Józef Wierzycki (13), Mateusz Kozioł (Kuziel) (14), Maciej Domek (25), Wojciech Faron (26), Jan Gardoń (27), Grzegorz Łuszczek (28), Maciej Bulanda (31), Paweł Bulanda (5), — dla państwa Stary Sącz 1.716 dni roboczych pieszych, a więc średnio 52 do 156 dni na jednego. Czynszów zaś gruntowych 6 florenów 36 krajcarów; na jednego więc 12, 18, 20 do 36 krajcarów; nadto 22 kapłony, a więc po 1 do 2 na jednego i 13 motków przędzy. Mesznego *(Messalia)* proboszczowi w Kamienicy, które w tym czasie Ksiądz Szachnewicz zeznał *sub fide sacerdotali*, 7 korcy i 31 garcy jęczmienia i tyleż samo owsa.

Inni mieszkańcy mieli nieco niższe ciężary pańszczyźniane. A więc Józef Nawojowski (16) 52 dni robót i jeden motek, zaś Jan Kornela (17) czynsz w relutum 3 floreny, a Maciej Czech (29) na jeden floren i 48 krajcarów.

Jan Śląski (21), Wacław Frycz (22), Wojciech Śląski (23), Mikołaj Sukenik (24), mieli nałożone 168 dni roboczych i 4 motki. W końcu bezrolni, małorolni i handlarze Józef Pałasz (2), Jan Bulanda (6), Jędrzej Wiater (8), Antoni Mikołajczyk (15), Jan Słomski (Śląski) (20), Wojciech Śląski (32), Wawrzyniec Faron (34), Bartłomiej Majszak (Majchrzak) mieli 96 dni roboczych, a więc po 12 dni na jednego i płacili razem 10 florenów i 24 krajcarów.

A ponieważ roboty pańszczyźniane dla Dominium w tym czasie w tej okolicy nie były potrzebne, noszono się z zamiarem przemiany robocizny na opłaty gotówkowe od 1 września 1789 r.

W tym czasie cały roczny dochód z ról, łąk i ogrodów całej wsi wynosił 986 florenów 51 krajcarów.

Wieś Szczawa graniczyła w r. 1787 na wschód z gruntami Zbłudzy i Zalesia, również kameralnymi, na zachód z Ochotnicą państwa Mszańskiego, na południe z Zasadnem i Kamienicą; na północ zaś z Dobrą i Słopnicą.

Granice Szczawy wyznaczały kopce ziemne, w których zwyczajowo były zakopane żużle, szkło, trzopy garncarskie, a nadto kamienie z literą WS (wieś Szczawa), mające często także i litery wsi sąsiednich W. O. (wieś Ochotnica), W. Z. (Zasadne lub Zalesie), W. K. (Kamienica), a także i rok 1787.

„Kopiec 1 narożny stał na uboczy zwanej Jelonek pod lasem Jaworzyną, 2 na Groniku Jelonek, 3 na Gorcu Gronia, 4 na Dolinie czyli Groniu przy Jaworze, 5 nad Polaną Adamową przy samorodzie Gronia, 6 na Wirchu Gronia Jaworzyny nad Polaną, 7 na groniu za zieloną Młaką, 8 nad Młaką nad Jeliną, 9 kopiec narożny na południe na Groniu Kluczki, przytem był tam kopiec Porębski, Waxmundzki i Klikuszewski, 10 na uboczy pod Durbaczem (Turbaczem), nad potokiem wpadającym w rzekę Kamienicę, 11 nad samym potokiem pod Durbaczem, 12 w rzekach Narożny, a na drugiej stronie rzeki 2 kopce porębski i dobrski, 13 w rzekach nad Hutą, w podle kopca dobrskiego, poprawiony 1787 r., w którym jest kamień z czterema herbami i rokiem 1681, kopiec 14 narożny w Rzekach. Tu schodzą się trzy granice Szczawińska, Dobrska i Zalesińska, 15 na Groniu Obiesny, 16 na Groniu zwanym Hala, 17 na uboczy przy łące Sołtyska, 18 na uboczy w Łaziskach Szczawskich nad lasem zalesińskim, 19 pod Suchym Groniem narożny na południe i kopce zalesiński i zbłudzki, 20 na Suchym Groniu, 21 na Groniku Jasiennik, 22 na Groniku Wądoliny czyli Kretówki, 23 narożny na wschód słońca na Groniku Jasiennik i 2 kopce Zbłudzy i Kamienicy, 24 przy rzece Szczawskiej, na drugiej stronie kopiec Kamienicy, 25 w Łęgu na brzegu pod Skrzyńczyskami, 26 narożny w Skrzyńczyskach i dwa kopce Kamienicy i Zasadnego, 27 w samym dziale Skrzyńczysk nad łąką Gardonia, 28 nad potokiem na uboczy, 29 na Groniku Guraj od lasu Szczawskiego; idzie granica popod las Szczawski, ma granicę ze strony Szczawy, ze strony Zasadniego pola Goraje i Postrzelne, 30 na Groniu Postrzelnem pod lasem Gorcem, 31 narożny, gdzie się trzy granice schodzą t. j. Szczawska, Zasadnia i Ochotnicka pod Groniem Jeloněm zwanym, który kopiec jest ostatni".

W opisaniu fasji z 8. V. 1787 r. grunta Szczawy podzielone są na dwie niwy, niwę pierwszą zwaną „Dział", i drugą „Całtyrz".

„Niwa pierwsza zaczyna się na południu od gruntów kamienieckich nad rzeką Kamienicą z jednej strony, a Groniem koło Zbłudzkiej i Zalesińskiej na wschód. W położeniu górnym pagórkowatym i nieco ubocznym leży do słońca. Składa się z ziemi glinki białej, krzemykowej, moczarnej wapiennicy. Wyjąwszy te kawałki, które przez coroczną uprawę właścicielów tak w wysiewie, jako i w pożytku różnią się, gdyż niwa według położenia swego samym owsem obsiewana była. Ponieważ nie cierpi ziemia (ozimin) dla rzadkości tejże i długotrwającego śniegu, w czasie jesieni przypadającego. Zaznacza się tylko podług uznania wójta, przysięgłych i wybranych mężów, że w lepszych jęczmieniem i resztą pól owsem sami w tej niwie obsiewają. Dziesięciny żadnej nie dają, tylko osep do plebanii czyli parafii swojej. Ta niwa podzielona na cztery gatunki. Najlepsze średnie i najpodlejsze czyli tłoki".

„Orne grunta najlepszego gatunku uprawiać zwykli na nawozie na wiosnę rok rocznie jęczmieniem, gdyż ugorować nie zwykli. Grunta średniego gatunku z ziemią glinką białą a moczarną w pagórkach i na uboczu z większą pracą i kosztem przez trzy lata obsiewają owsem a w czwartym ugorują. Tłoki, pola, które cztery do pięciu lat tłoczyć muszą, a potem tylko przez jeden rok owsem siać z przyczyny rzadkiej glinki i z wapiennicą dużo pomieszanej".

„Ogrody w tej niwie lepsze i te co są w pagórkach ponad chałupy, ani jarzyny zasadzone, tylko rzadko gdzieniegdzie drzewiny i te nie rodzą dla zimnych wiatrów, gdyż kwiatki wypuszczające na drzewach (wiatr) zaraża; nie kwitną czasem dla długo leżących śniegów".

„Łąki pomiędzy pola leżące, w dolinach i na uboczu, gorsze od słońca bywają wypalane od nawalności deszczów uszkadzane".

„Pastwiska... to po górach bystrych i zbyrkach nader skalne i z wapielnicy ziemi pochodzące. Mchowate, kretówkami, mrowiskami wysypane, krzakami zarosłe, częścią smreczyną, częścią rokiczyną i olszyną, częścią jałowe z tych przyczyn ani na łąki, ani na pole wyrobione być nie mogą".

„II. Niwa Całtyrz zaczyna się na południe od Zasadniejskiej, koło rzeki Kamienicy się ciągnie samym Groniem koło lasu kamienickiego i granicy Porębskiej na zachód, kończy się u granicy Dobrańskiej na północ. Zawiera same chłopskie grunta, jest w położeniu pagórczystym, górnym. Cała pod Paciep leżąca, pochodząca z ziemi glinki czerwonej, białej, moczarnej, skalnej i wapielnej. Ta ziemia w tej niwie zostająca oziminy żadnej nie cierpi, gdyż i tam śnieg długo zwykł leżeć, a niektóre mają kilka kawałeczków jęczmienia. Podlejszego gatunku w położeniu podobnym pola orne a tłoki, że je muszą co czwarty rok obsiewać, gdyż inaczej musieliby na pastwiska obrócić. Ogrody, gdzie znajdują się jarzyny sadzone i drzewa urodzajne; podlejsze ogrody mchem, kretówkami i krzakami zarosłe. Łąki i pastwiska podobnie jak w Niwie I-szej".

Metryki te i dochodzenia gruntowe podpisali 8. V. 1787 r. Stanisław Stroński kancelista kameralny, Stefan Rybarski plenipotent przysięgły urbarialny we dworze Wielkiej Porębie, pieczętując hrabiowską koroną z herbem Leliwa; Marcin Weselski, herbu Rawicz we dworze Dobrskim. Za Szczawę podpisali plenipotent Sumikowski, herbu Syrokomla, oraz wójt Wojciech Faron i Wojciech Kaleta i przysiężni Andrzej Wiatr, Maciej Domek, Antoni Mucha i Tomasz Liszka. Ze wsi Zalesie podpisali wójt Garncarczyk, Franczyk, Klimek, Migacz i Mikołajczyk. Z Kamienicy Rusnak, Adamczyk, Kasprzyk, Pierzchała i Świnka. *Ex parte* Ochotnicy Chlipała, Ligacz, Janczura. *Ex parte* Zalesia Garnczarski, Franczyk, Ślusarczyk. *Ex parte* Dobrej Czech, Tomasz Lech i Maciej Lech. Ze Zbłudzy Majchrzak, Adamczyk i Więcławek. Z Kamienicy Rusnaczek, Adamczyk i Bączek. Z Zasadniego Karcz, Zasadny i Faron. *Ex parte* Poręby notariusze Mieczkowski, Skoczniowski i Rybiński.

W spisie tym Paweł Bulanda zajmujący domy Nr 5, 6, 7 zdaje się wspólnie z Janem Bulandą i Marcinem Spólnikiem posiada w tym czasie źródła wód mineralnych. „Obok ogrodu przed oknami przy potoku i ogrodu nizinnego pod chałupą, ma jeszcze pole i łąkę na Kowalówce, pastwisko Bryk nad Kowalówką, a także pole wedle Szczawskiego nad łąką, łąkę wedle Szczawskiego i pole za Szczawskiem. Wkońcu pastwisko pod Stępiskami pole Stępiska, łąkę i pastwisko Glinnik".

Prócz wyżej wymienionych występują jeszcze w r. 1789 w Szczawie Stanisław Chlipała (4), Jan Ferenty (8), Jędrzej Kucia (30), Antoni Fox (sic!) (18) i Marcin Rusnaczek (19), jako mieszkańcy tej wsi.

Po r. 1848 przy zniesieniu pańszczyzny, a więc i ciężarów gruntowych, oraz powinności wykupnych na rzecz kościołów, parafii, szkół lub innych celów gminnych (w Lwowskim Archiwum Państwowym pod Nr 173, *Anmeldung* 571 z 4. V. 1855 r. także wykaz 572) proboszcz kościoła rzymsko-katolickiego w Kamienicy ksiądz Józef Hudzicki oraz drugi prawodzierzca nauczyciel w Kamienicy Jan Zasadny podpisują ustające cięża-

ry i zobowiązania ze strony gminy wsi Szczawy. Księdzu z jedenastu ćwierci owsa i jedenastu żyta przyznano rentę z 23 florenów 3 krajcarów od kapitału 461 florenów 5 krajcarów. W tym czasie na rolach Szczawy siedzieli następujący chłopi na zagrodach i zarębkach odwiecznych:

Bulandy — Jan i Antoni Bulanda, Wojciech i Jan Chlipałowie.

Chlipały — Antoni, Tomasz i Wawrzyniec Chlipała, Jan Czepielik.

Mazury — Tomasz i Bartłomiej Mazur, Jan Wojciak.

Łuszczki — Wojciech i Michał Mikołajczyk, Piotr Osiecki, Jan Magdziarczyk.

Gardonie — Józef, Tomasz, Mikołaj i Stanisław Wąchała.

Faronowie — Bartłomiej Faron, Bartłomiej Chlipała, Jakób Madoń.

Domki — Kazimierz Kuziel i Michał Wojtyczka.

Kuźlowie — Tomasz, Walenty i Marianna Kuziel, Józef Świstak, Jan Mikołajczyk.

Wąchały — Józef i Antoni Wąchała, Andrzej Adamczyk, Michał Mikołajczyk.

Muchy — Wojciech, Anna i Maciej Mucha.

Wiatry — Wawrzyniec i Michał Wiatr.

Kucie — Michał Kucia i Piotr Syjud.

Ludność Szczawy etnograficznie ma dotąd wiele odrębnych cech. Nosi np. na spodniach góralskich pięknie wyszywane „węzły rycerskie", odpowiadające parzenicom podhalańskim, zamiast białych góralskich guni nosi bronzowe długie „gurmany". Obyczajowo i gwarowo zbliża się do Sądeczyzny; styczność bowiem przez Łącko z doliną Dunajca i pochodzenie osadnictwa szło z Sącza Starego w górę rzeki.

Szczawa jest wsią graniczną trzech typów antropologicznych. Od wschodu przypierają do niej Lachy czyli Lasi Wschodni, od południa Podhalanie, a od północy Kliszczaki.

Stąd we wsi Kamienica mamy role Lachów, a *ex parte* Dobrej podpisali w metryce Józefińskiej w roku 1787 granice wsi Szczawy Tomasz i Maciej Lech czyli Lach.

W „Materiałach do antropologii górali polskich" (Kraków, 1934 r., Akad. Umiejętności) wyróżnia Julian Talko-Hryncewicz Podhalan siedzących w Tatrach, na Podhalu, w Pieninach, nad górnym biegiem Dunajca po Obidową, Klikuszową, Ochotnicę i Zabrzeże, a więc po góry Turbacz i Gorc (1229 m n. p. m.), czyli po południową granicę Szczawy. Podhalan razem z Wiślanami, Kliszczakami i Beskidowymi zalicza do Górali. Jabłonkowian czyli Jacków, Wałachów, Lachów zachodnich z Opolskiego i Lachów wschodnich z Małopolski zachodniej, ściślej Sądeczyzny do Podgórzan. Ród Podhalan jest niższego wzrostu od Wiślan, o typie ciemniejszym, przy czym pierwiastek jasnych blondynów i szatynów o oczach zielono-siwych występuje częściej od szatynów i brunetów o oczach jasno piwnych. Są też oni bardziej krótkogłowi, niźli mieszkańcy okolic niższych. Z ciemniejszym typem łączą się nosy garbate i jastrzębie twarze długie, o ostrych konturach, czoła wyniosłe, usta wąskie, oczy głęboko osadzone z wydatnymi łukami nadoczodołowymi.

Kliszczaki w dolinach dopływu i nad samą rzeką Rabą poprzez Rabkę i Mszanę Dolną dochodzą od północy do Szczawy, obejmując cały Beskid Wyspowy. Ludność ta oddzielona była ongiś od Krakowa błotami i lasami, zachowała dotąd odrębność fizyczną i etnograficzną: trudniła się myślistwem i przewozem soli, a była zdaje się południową strażą broniącą Krakowa od nieprzyjaciół. Typy te są źle odżywione, niższe, szczuplejsze, o niższym czole, twarzach szerszych, rysach zaokrąglonych, nosie szerokim lub płaskim typu jaśniejszego i mniej krótkogłowego.

Nad środkowym Dunajcem od Jazowska, Naszacowic, Kadczy, Podegrodzia, Gostwicy i Brzeznej, na obu Sączach siedzą, przypierając od wschodu do Szczawy, Lachy Wschodnie, czyli Lachy sądeckie o typie góralskim, podhalańskim i beskidzkim. Odnosi się wrażenie jakby ludność góralska wypierała tu ludność równiacką.

Zdaje się, że Górale z biegiem wieków zasymilowali i wyparli pierwotną ludność Pogórza karpackiego, tak, że dzisiaj mamy tu podobne sobie, pomieszane typy antropologiczne, odrębne tylko w drobnych szczegółach. Brzeszczanie i Krakowiacy są pokrewni Góralom i Podgórzanom. Prawdopodobnie jesteśmy obecnie w fazie penetracji elementu góralskiego na całą Zachodnią Małopolskę, dzięki większej ich rozrodczości, większej energii i wyższym walorom duchowo-cielesnym.

Ludności tej przed stu laty za czasów Wincentego Pola („Rzut oka na północne stoki Karpat", Kraków 1851 r.) było na Podhalu i Beskidzie zachodnim przeszło 300 tysięcy w 32 miastach i w 1300 wsiach.

„Rozmieszczenie ludności w Karpatach zachodnich" (Kraków, 1910 r., Akad. Umiejętności) wedle Ludomira Sawickiego, zależne jest przede wszystkim od lasów, które zajmują 30—40% ogólnej powierzchni. Obszary bowiem skaliste i niezarośnięte, oraz moczary, jeziora i rzeki, fizjograficznie nie grają tutaj dużej roli.

W krainie beskidowej w górotworach przypada średnio jedna wieś na 100 km² z ludnością 1.000 do 1.400 mieszkańców we wsi, a więc gęstością dziesięciu ludzi na km². Nieco niżej przypada 60 ludzi na km², a osada na 20 km².

Pogórze północne poza gęsto zaludnionym rowem skalicowym skalnego Podhala ma rosnącą gęstość na stokach i dnach dolin oraz stożkach rzecznych, dochodzącą w r. 1910 do 170 ludzi na 1 km², a miejscami do 250 na Śląsku a 120—150 w Małopolsce Zachodniej. Osady są niewielkie. Średnio do 1.200 ludzi, ale gęsto rozmieszczone, przeciętnie na 6½ km².

Tak więc w górskiej krainie beskidowej panuje brak zaludnienia w górotworach, a przeludnienie zagłębia.

W Zachodniej Małopolsce rzeki zniszczyły starszą rzeźbę dawnych gór i rozerwały je w małe stożki. W drugiej fazie erozji powstały terasy na tych izolowanych górach, a dzisiaj istniejące doliny pogłębiły się. Takich jednostek fizjograficznych wyodrębnionych jest dwadzieścia, każda o powierzchni od 10—140 km² i takie góry Beskidu Wyspowego otaczają Szczawę od północy, od południa leżą zaś wyższe i więcej zmasowane Gorce.

Gęstość zaludnienia w okolicy Szczawy, wynosiła w rowach, zagłębieniach, dolinach i pogórzach w r. 1910 do 112, natomiast góry same miały tylko około 25 ludzi na 1 km². Wsie były tutaj duże, powyżej 2.000 ludzi, ale rzadkie, leżąc co 100—200 km². Natomiast podmokły rów dunajcowy w kotlinie nowotarskiej z nieurodzajną glebą powstałą z rozwoju moczarów zalesionych, czyli tzw. borów (borowin), — miał równomierną gęstość do 122 ludzi na 1 km² i gęste osady. A już rów dunajcowy w kotlinie sądeckiej zwiększył gęstość ludności nawet do 458 ludzi na 1 km². To były powody antropogeograficznej zmiany osiedli i wędrówki w górę bocznych dopływów Dunajca. Powody te trwały kilka wieków i rozprzestrzenianie to oglądać można świeżo i obecnie.

Fizjograficznie rozmieszczenie ludności jest równomierne na pogórzu, ale w krainach górskich kontrasty są duże i strefowe wzdłuż pasem górskich. Gęstość zaludnienia zmniejsza się w miarę podnoszenia się w górę, a z tym równolegle zmniejsza się także ilość ludzi. Okolica Szczawy jest przykładem tych specjalnych warunków górskich.

Opis wsi Szczawy ze Słownika geograficznego z r. 1890 mówi, że Szczawa, wieś powiatu limanowskiego, w województwie krakowskim, leży w okolicy górskiej i lesistej, 517 m n. p. m. nad potokiem Kamienicą (lewym dopływem Dunajca), na obszarze wsi Zabrzezia. Składa się z 132 domów i kaplicy, zajmuje zwartą dolinę Kamienicy i jej prawego dopływu Głębieńca. Dolinę, opadającą ku południowemu wschodowi otaczają od zachodu i północy wzgórza lesiste, dochodzące w szczytach Magóry 881 m, Polanki 1008 m; od wschodu niższe wzgórza, tworzące dział wodny Kamienicy i jej lewego dopływu potoku Zbłudzkiego, dochodzące w szczycie Okręg do 747 m. Z 970 mieszkańców jest 954 religii rzymsko-katolickiej (parafia w Kamienicy) i 16 żydów. Obszar większej posiadłości mający w r. 1886 *(„Specieles Ortsrepertorium")* 6 domów nie jest wymieniony w Skorowidzu dóbr tabularnych z r. 1890 dra Pilata; według Skorowidza Orzechowskiego z r. 1872 ma się składać z 17 roli, 16 łąk, 4 pastwisk i 1815 morgów lasu; posiadłość mniejsza podług Orzechowskiego ma 754 roli, 310 łąk, 917 pastwisk i 242 morgów lasu. Wieś została założona już po r. 1674, nie podają jej bowiem wcześniejsze spisy poborowe. Do parafii należała tylko Zbłudza w 1581 r., później więc posunęła się ludność w lasy za biegiem potoków. Szczawa graniczy na zachód przez lasy z Lubomirzem, na południe z Zasadnem, na wschód z Zalesiem i Zbłudzą, na północ zaś przez górę Mogilnicę (1171 m) z Myszówkami (Mac). Blisko 2.000 morgów lasu dworskiego świerkowo-bukowego. Wieś rozłożona jest w dolinie na przestrzeni 3 km nad rzeką.

Mimo zupełnego odcięcia od świata osada Szczawy była uprzemysłowioną. Istniały tam huty szkła i hamernie żelaza. Stąd na północ od Turbacza dwie gajówki zwą się Hucisko i Potasznia. Fachowych robotników sprowadzano z Czech, są to dziś spolszczone rody Czechów i Fryczów. Były tu także limierze do wypalania węgla drzewnego z buków.

Początek XIX w. przyniósł rabunkową gospodarkę leśną przez rządców kameralnych i przez właścicieli Kirchnera i Jaffe'ych. Odsłonięto całe zbocze górskie, co spowodowało nagłe wylewy Kamienicy i zasypanie żwirem i kamieniami źródeł mineralnych „na Szczawie".

Szczawa leży więc właściwie na północnej rubieży Gorców, pod 49°36' szerokości geograficznej północnej, a pod 20°18' długości wschodniej od Greenwich, na wysokości 517 m n. p. m.

Leży ona w wąwozie o nachyleniu południowo-wschodnim, doskonale nasłonecznionym. Przez wąwóz i dolinę przepływa potok Kamienica, zwany też Niedźwiedziem albo Rzeką, tworząc kaskady po skałach i tonie odpowiednie do kąpieli rzecznych. Potok ten obfituje w pstrągi i tworzy uznany przez znawców wyjątkowo piękny krajobraz górski. Wąwóz bowiem otoczony jest z trzech stron zalesionymi szczytami o trzech kondygnacjach od 700 do 1310 m wysokości n. p. m. W pobliżu Szczawy leży puszcza gorecka, z kilkusetletnimi okazami jodeł i buków, unikat przyrodniczy swego rodzaju w Europie. Puszczę tę opisał Władysław Orkan w „Drzewieju". Dlatego też między Turbaczem a Turbaczykiem stworzono państwowy rezerwat leśny imienia Orkana.

Osłoniony z trzech stron wąwóz Szczawki posiada znakomite warunki klimatyczne, kryształowo czyste powietrze górskie, wyjątkowe nasłonecznienie, ciepłe i łagodne wiatry, co nadaje Szczawie cechy klimatu podalpejskiego. Dok. nast.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Nr 7. 1937. Marynowski Z.: Badania krwi chorych przebywających w sztucznym powietrzu górskim. — Aleksandrowicz J.: Krew konserwowana i jej zastosowanie do przetaczania w wojskowej służbie zdrowia. — Kaczanowski G.: Badania pobudliwości elektrycznej nerwów ruchowych w padaczce. — Konopka St.: Główna biblioteka lekarska i muzeum lekarskie.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 8—9. 1937. Abramowicz M.: Nasze horoskopy i ich zapobieganie. — Huszcza A.: Sytuacja materialna lekarzy w Polsce a brak polityki zawodowej stanu lekarskiego. — Hanke E.: Czy Polska ma dosyć lekarzy. — Kaszubski T.: O organizacji pomocy lekarskiej na wsi. — Kaszubski T.: O potrzebach szpitalnictwa ubezpieczeniowego.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 5. 1937. Owiński I.: O jonoforezie — część fizykalna. — Pietrzycki J.: Elektrosterylizacja i jonoforeza w lecznictwie zachowawczym korzeni ze zgorzelą i ze zmianami okołoszczytowymi. — Meisels E.: Uwagi o podstawach dzisiejszych metod promieniolecznictwa nowotworów złośliwych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 19. 1937.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 17. 1937. Wołkowyski N.: O uszkodzeniach przełyku przy próbach usunięcia ciał obcych na ślepo. — Zandowa N.: Z semiotyki schorzeń oliwek opuszkowych. — Wilner St. i Zakrzewski Z.: W sprawie uodpornień przeciw przeszczepialnym nowotworom za pomocą szczepień doskórnych (dok.). — Adamowiczowa St.: Wskaźniki zdrowia ludności (dok.).

Pielęgniarka Polska. Nr 4. 1937.

Therapia Nova. Nr 4. 1937.

Trzeźwość. Nr 4—5. 1937.

OCENY.

Allgemeine Elektrokardiographie. (Ogólna elektrokardiografia). II rozszerzone wydanie. E. KOCH. Drezno-Lipsk. Nakł. Th. Steinkopff, 1937. Str. 40, 37 rysunków. Cena 3 RM.

Autor postawił sobie za zadanie możliwie zwięźle przedstawić ogólne zasady elektrokardiografii klinicznej. Po opisie budowy i skreśleniu zasad prawidłowej i patologicznej fizjologii mięśnia sercowego autor podaje obraz prawidłowego EKG i wyjaśnia znaczenie praktyczne poszczególnych załamków krzywej i istotę powstania odchyleń w jej przebiegu. Praktyczne wskazówki, dotyczące analizy uzyskanych krzywych EKG, podaje w dodatku Dr E. Koch-Momm. Przy dzisiejszej dużej aktualności badań EKG nie tylko w klinikach, ale i w życiu lekarza praktycznego, broszura Kocha może być pomocna każdemu lekarzowi dla zrozumienia wartości zdjęć elektrokardiograficznych w badanych przypadkach.

M. Franke (Lwów).

Wege der Kreislaufbehandlung (Drogi leczenia zaburzeń krążenia). XII kurs uzupełniający w Nauheim od 25—27 września 1936. Drezno-Lipsk 1936. Nakł. Th. Steinkopff. Str. 156. Cena: 10 RM.

Niniejsza broszura zawiera 14 wykładów, wygłoszonych przez rozmaitych prelegentów niemieckich w czasie ostatniego kursu nauheimskiego (1936 r.). Treściowo wszystkie wykłady łączą się ze sobą pod tym względem, że zajmują się jedynie leczeniem, oświetlając je wielostronnie. Między innymi E. Edens omawia bardzo jasno podstawy leczenia naparstnicą i strofantem, podając praktyczne wskazówki. F. Volhard skreśla wskazania i szczegóły przeciwdziałania obrzękom, a ma duże doświadczenie pod tym względem. H. W. Knipping omawia leczenie oddechowe poszczególnych typów schorzeń serca i narządu krążenia w ogóle. Leczenie dietetyczne (T. Koch) i kąpielowe (A. Weber) znajduje również uwzględnienie, nie jest pominięta, dziś tak modna i w kołach naukowych homeopatia. Broszura poruszając rozmaite tematy aktualne lecznictwa może zainteresować i pouczyć lekarza praktycznego i dać mu cenne wskazówki w leczeniu chorych na serce.

M. Franke (Lwów).

L'année therapeutique 1936 (Rocznik leczniczy za rok 1936). A. RAVINA. Paryż, Masson. Str. 175. Cena: 20 fr.

Ten jedenasty z rzędu rocznik ułożony jest podobnie, jak poprzednie, a więc zawiera również kilkadziesiąt krótkich notatek o leczeniu chorób nowymi środkami, oraz o nowych metodach i sposobach stosowania leków, które ukazały się w piśmiennictwie lekarskim ostatniego roku. Dla przykładu wymienię kilka: leczenie trądzika maścią folikulinową lub zastrzykami prolanu, usuwanie skłonności do alkoholizmu przy pomocy autohemoterapii, przez wywołanie wstrząsu lub przez podawanie wymiotnicy, leczenie oparzeń skóry 5% roztworem wodnym lub glicerynowym błękitu metylenowego, leczenie pląsawicy gorączką (42,5°) elektrycznie wywołaną, wywołanie moczopędnego działania w marskości wątroby przez zastrzyki witaminy C, leczenie zatorów przez wstrzykiwanie papaweryny, wstrzykiwanie hipertonicznych roztworów soli w drgawkach krztuśćcowych lub innych mózgowych zaburzeniach u dzieci, leczenie róży przez podawanie pochodnych sulfamidowych (francuska *„septazine")*, leczenie krwotoków płucnych zastrzykami podskórnymi tlenu, leczenie bólów głowy u ludzi z nadciśnieniem przez autohemoterapię, leczenie zatruć grzybami przez zastrzyki stężonego roztworu soli kuchennej, leczenie gośćca śródskórnymi zastrzykami histaminy, leczenie napadów bólów w wiądzie rdzenia zastrzykami stężonych roztworów soli, leczenie wymiotów u chorych na gruźlicę przez podskórne zastrzyki roztworu siarczanu magnezowego, stosowanie sonerylu do porodów bezbolesnych, narkoza dożylna przy pomocy eunarkonu, narkoza doodbytnicowa przy pomocy rektanolu, stosowanie rtęciowych środków moczopędnych (novuritu) w czopkach, leczenie dychawicy przez wdychiwanie mieszaniny tlenu i helu, odzwyczajanie od morfiny i heroiny przez stosowanie insuliny, leczenie bólów neuralgicznych i gośćcowych jadem pszczół i inne.

Spis notatek leczniczych zawartych w ostatnich 5 rocznikach kończy tę książeczkę, która może stanowić pewną wartość dla lekarza praktyka, chociaż prawdopodobnie większość tych nowych metod leczenia zostanie wkrótce zapomniana i zastąpiona przez jeszcze nowsze.

W. Skowroński (Lwów).

Grundlagen zur praktischen Pflanzenheilkunde (Podstawy praktycznego ziołolecznictwa). W. RIPPERGER. Hippokrates-Verlag. Stuttgart 1937. Str. 370.

Wydawnictwo Hippokratesa reprezentujące tzw. biologiczny kierunek medycyny w Niemczech propaguje również ziołolecznictwo. Dlatego obecnie zaczęły się coraz częściej ukazywać takie książki, które zazwyczaj nie są opracowywane przez lekarzy, ale przez aptekarzy. Także autorem powyższej książki jest aptekarz, a współpracować miał z nim lekarz Curt Coester. W ogólności ziołolecznictwem zajmują się dotąd przeważnie nielekarze, dlatego też kierunek ten ma w Niemczech charakter mało poważny i przypomina trochę dawne zielniki i książki zielarskie.

Autor omawia działanie poszczególnych ziół, przytaczając najczęściej spostrzeżenia francuskich fytoterapeutów (Leclerc, Pic i Bonnamour), przy czym dzieli wszystkie zioła według ich zastosowania praktycznego. Z tego powodu tę samą roślinę omawia często kilka razy. Ponieważ autor uważa, że w roślinie działa zespół składników, przeto sądzi, iż bezcelowym jest badać lub zastanawiać się nad tym, jakie ciało czynne ona zawiera. Wskutek tego książka nie stara się wytłumaczyć działania rośliny i dlatego dzieło to jest przeznaczone raczej dla oświeconego ogółu a nie dla lekarzy. Wobec tego książka nie może dać lekarzowi wiadomości konkretnych, opartych na badaniach naukowych. Niewątpliwie zioła kryją w sobie jeszcze wiele wartościowych leków, trzeba jednak zacząć tłumaczyć ich działanie w sposób rozumowy. Propaganda ziołolecznictwa nie poparta naukowym badaniem pozostanie nadal tym, czym była dotąd, tzn. znachorstwem, a może się stać dziedziną medycyny tylko wtedy, kiedy zaczną się nią zajmować lekarze.

W. Skowroński (Lwów).

Nauka przyrządzania potraw w sześciu lekcjach, czyli wstęp do kuchni domowej. E. de POMIANE (E. POŻERSKI). Tłumaczyły R. P. i C. T. Z przedmową J. K. Parnasa, Prof. U. J. K. Warszawa 1936. Str. 205. Wydawnictwo DELTA Sp. z o. odp.

Książeczka ta opatrzona bardzo pochlebnym i sympatycznym wstępem pióra Prof. Dr J. K. Parnasa przeznaczona jest raczej dla pań domu, niż dla lekarzy, chociaż niektóre przepisy, dotyczące gotowania na wolnym powietrzu przydać się mogą i lekarzom uprawiającym turystykę. Zresztą wiadomości w niej zawarte zainteresować mogą nawet panów domu, nie tylko panie.

Dzieło to zawiera naprzód krótkie określenie i ocenienie składników pożywienia, po czym autor przystępuje od razu do wyłuszczenia sposobów przyrządzania potraw przez: 1) gotowanie, 2) smażenie, 3) pieczenie w piecu i 4) duszenie w parze; 5) zaprawa i 6) sosy tworzą następne rozdziały. To wszystko wraz z przypisami tłumaczek, dotyczących nazwy naczyń i sposobu ogrzewania zajmuje 60 pierwszych stron. Następne karty tj. około 160 stron poświęcone są przepisom niewątpliwie doskonałym.

Autor oprócz wielkiej erudycji posiada dużo zmysłu praktycznego i nie zaniedbał zwrócić uwagę na stronę oszczędności w gotowaniu. Wszystko to czyni dziełko cennym nabytkiem literatury dietetycznej i sprawia, że te popularnie pisane przepisy zasługują na rozpowszechnienie.

W. Moraczewski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Rzadka postać toksycznego uszkodzenia mięśnia sercowego. GERHARD FRANZ. Virchows Archiv. T. 298. Str. 743.

Spostrzeżenie autora dotyczy 55-letniej kobiety, która przechodziła w dzieciństwie odrę, potem zapalenie płuc, grypę, zapalenie oskrzeli, w końcu przez 6 lat leczyła się z przerwami w szpitalu z powodu dychawicy oskrzelowej, a w ciągu ostatnich 11 miesięcy zażyła w sumie: 90 cm^3 astmolizyny, 80 cm^3 astmatryny, 39 cm^3 adrenaliny, 6 cm^3 kofeiny, 3 cm^3 efedraliny.

Przy sekcji znaleziono niewielkie zmiany gruźlicze i stwardnienie po przekrwieniu płuc, nieżyt oskrzeli, obustronne rozległe zrosty opłucne, nieznaczne stwardnienie ogólne tętnic, przewlekłe przekrwienie w wątrobie i śledzionie. Komory serca nieco rozszerzone, w obu zakrzepy przyścienne, a skrzepy dochodzą do $^1/_2$ cm grubości; wsierdzie komór nieco zgrubiałe. Mięsień komór zgrubiały, na przekrojach pod wsierdziem liczne ogniska, dochodzące wielkości ziarnka soczewicy, gładkie, szarobrunatne, matowe, przeważnie w ścianie i mięśniach brodawkowych komory lewej i w przegrodzie międzykomorowej.

Mikroskopowo w ogniskach tych znaleziono w siatce wiotkiego podścieliska: nieliczne limfocyty, młode fibroblasty, gdzieniegdzie słabo barwiące się masy, resztki włókien mięsnych i barwik brunatny, wolny od żelaza. W sąsiedztwie tych ognisk mięśnie barwią się słabo, pojawiają się w nich wakuole i rozpoczynający się zanik. Zmiany te zatem rozpoczęły się od zmian włókien mięsnych. Starsze ogniska mają podścielisko bardziej zbite, bogatsze w komórki, zwłaszcza włóknotwórcze. W zewnętrznych warstwach ściany zmiany są ogniskowe, w wewnętrznych bardziej rozlane. Z mięśnia przechodzą zmiany gdzieniegdzie na wsierdzie, które w tych miejscach jest zgrubiałe i pokryte skrzepami, po części ulegającymi organizacji.

W przypadku tym przyjmuje autor postępujące uszkodzenie mięśnia sercowego, przede wszystkim zwyrodniające, następnie zapalne, z przejściem na wsierdzie. Rozpatrując pochodzenie znalezionych zmian, wyklucza autor wpływ chorób zakaźnych, przy których w ścianie serca bywają naprzód zmiany zapalne, a potem zwyrodnienie mięśni, wyklucza też zmiany gruźlicze mięśnia sercowego, cechujące się swoistym obrazem histologicznym, wreszcie wyklucza wpływ stwardnienia tętnic, które było w ogóle nie wielkie, a nie zajmowało wcale tętnic wieńcowych serca.

Na tej głównie podstawie dochodzi autor do wniosku, że przez długotrwałe podawanie adrenaliny, jej pochodnych i środków wzmagających skurcz serca, może dojść niekiedy do uszkodzeń mięśnia sercowego. Prawdopodobnie w takich przypadkach odgrywają rolę także czynniki usposabiające, jak w podanym przypadku dychawica oskrzelowa jako choroba alergiczna, oraz może dawniej przebyte choroby zakaźne, które mięsień serca uszkodziły.

A. Walewski (Kraków).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Wycięcie żołądka w leczeniu pęknięcia wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy. S. S. JUDIN. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 64. 1. 1937.

Na 331 przypadków pęknięcia wrzodu dwunastnicy i żołądka, leczonych w latach 1933—1934 na oddziele chirurgicznym Centralnego Szpitala w Moskwie, wykonał autor w 26 przypadkach pierwotne wycięcie żołądka. Zabieg ten doszczętny przeprowadzał według sposobu Billrotha I lub Polya-Balfour w znieczuleniu miejscowym lub rdzeniowym, przy równoczesnej blokadzie nerwów trzewnych. Większość przypadków dotyczyła osobników w wieku od 20—40 lat. W wyborze metody kierował się autor stanem ogólnym i wiekiem chorego, przy czym stosował zabieg doszczętny u osobników młodych, nawet jeszcze w 10—18 godzin po przebiciu. Odsetek śmiertelności przy postępowaniu doszczętnym wynosił 7.8 i był mniejszy aniżeli przy stosowanych w latach poprzednich zabiegach zachowawczych (zaszycie wrzodu, zespolenie żołądkowo-jelitowe).

Na podstawie długoletniego doświadczenia klinicznego, autor dochodzi do wniosku, że w leczeniu przebicia wrzodu żołądka i dwunastnicy, o ile wiek i stan ogólny chorego na to pozwala, należy wykonywać pierwotne wycięcie żołądka, stosując postępowanie zachowawcze u osobników starszych i u chorych w ciężkim stanie ogólnym.

W. Bross (Lwów).

Leczenie przetoki trzustkowej wszczepieniem do jelita czczego. LAHEV F. H. i LIUM R. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 64. 1. 1937.

Przetoki trzustkowe powstające najczęściej w następstwie pęknięcia trzustki i leczenia operacyjnego torbieli trzustki można podzielić na częściowe i całkowite. Przetoki całkowite powodują poważne zaburzenia w trawieniu tłuszczów i pokarmów mięsnych, brak łaknienia i wreszcie znaczną utratę wagi ciała. Częściowe ustąpienie tych groźnych objawów a często nawet zamknięcie przetoki uzyskuje się przez podawanie doustne soku trzustkowego.

Przetoki częściowe przeciwnie jak poprzednie nie powodują większych zaburzeń w trawieniu i odżywianiu chorego. W dążeniu do zamknięcia tych przetok stosuje się postępowanie zachowawcze i operacyjne.

W leczeniu zachowawczym polecają: 1) wstrzykiwania do przetoki środków drażniących, jak siarczanu miedzi lub cynku (Kleinschmidt), nalewki jodowej (Bazy), 2) zmniejszenie czynności wydzielniczej trzustki. Wydzielanie soku trzustkowego według Wohlgemutha najbardziej pobudzają pokarmy węglowodanowe, w mniejszym stopniu białkowe, a najmniej tłuszcze: dlatego też autor ten poleca w leczeniu przetok trzustkowych stosowanie odpowiedniej diety (obfita ilość tłuszczów, mało węglowodanów), która rzeczywiście według spostrzeżeń Heineke'go, Königa, Schmidta zmniejsza wydzielanie trzustki i ułatwia zamknięcie się przetoki. Steindl i Mandel łączą dietę Wohlgemutha z podawaniem erepsyny. Ze środków farmakologicznych atropina polecana w roku 1924 przez Hartmanna również hamuje wydzielanie trzustki i może według tego autora prowadzić do zamknięcia się przetoki.

Postępowanie Cl. Bernarda polega na wstrzykiwaniu do przetoki oliwy celem wywołania zaniku miąższu trzustki. W praktyce sposób ten nie znalazł zastosowania.

3) Radioterapię, polegającą na naświetlaniu trzustki promieniami Rtg. i wprowadzaniu radu do przetoki.

W razie nie uzyskania zamknięcia się przetoki trzustkowej na drodze samoistnej lub przez stosowanie wymienionych sposobów zachowawczych, pozostaje jedynie leczenie operacyjne, polegające na wycięciu doszczętnym przetoki lub wszczepieniu jej do przewodu pokarmowego.

Do 25 przypadków wszczepienia przetoki trzustkowej do przewodu pokarmowego, opisanych w piśmiennictwie światowym autorowie dodają własny przypadek całkowitej przetoki trzustkowej, powstałej w następstwie pęknięcia trzustki po urazie tępym brzucha. Po bezskutecznej próbie leczenia zachowawczego autorowie wykonali wszczepienie przetoki, według własnej techniki, do jelita czczego, uzyskując pomyślny wynik.

W. Bross (Lwów).

Okulistyka.

Przewlekły nawracający obrzęk rogówki jako wyraz nerwicy naczyniowej. K. GRAF. Ztschr. f. Augenheikunde. T. 91. 1937.

Autorka opisuje dwa przypadki tego schorzenia obserwowane szczegółowo przez dłuższy przeciąg czasu. Zwraca uwagę na objaw przeważający w tej chorobie, tj. obrzęk rogówki. Przychodzi do wniosku, że obrzęk ten pozostaje w ścisłej łączności ze zmianami w układzie naczyniowym rogówki i tłumaczy go zwiększoną przepuszczalnością ścian naczyniowych. Skutkiem tego ulega rozrzedzeniu ciecz wodna przedniej komory, powodując uszkodzenie śródbłonków *(endothelium* tylnej błony granicznej). Przy badaniu lampą szczelinową w opisanych przypadkach autorka stwierdziła zmiany we włóknach nerwowych tak pod względem ilości, jak i ich jakości. Włókna nerwowe były liczniejsze i lepiej widoczne. Zdaniem autorki napadowo występujący obrzęk rogówki porównać można z obrzękiem Quinckego. Opisany obrzęk rogówki należy w każdym przypadku do ogólnych zmian naczyniowych osobniczych. Przeważnie występuje w nocy lub przy rannym wstawaniu z łóżka. Tak opuszczenie łóżka ciepłego, jak i mycie się zimną wodą (zmiany w ciśnieniu krwi) podają chorzy jako moment wyzwalający cierpienie.

Autorka nie podaje szczegółowych wskazań leczniczych, wobec tego, że poprawa występuje u badanych chorych bez zastosowania jakichkolwiek leków. *Zion* (Lwów).

Rąbek rogówki w lampie szczelinowej przy jaglicy i nieżytach spojówki. A. KWASKOWSKI. Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. R. VII. Nr 1. 1937.

Zmiany biomikroskopowe na rąbku rogówki przy jaglicy stwierdził autor w 19 przypadkach na 22. Za pomocą lampy szczelinowej można je stwierdzić w tak wczesnych okresach tworzenia się łuszczki, gdzie badanie za pomocą lupy niczego nie wykrywa. W tych wczesnych okresach granica rąbka rogówki staje się niewyraźna i rozlana, sieć naczyń na rąbku jest gęstsza, naczynia biegną wężykowato i są wypełnione krwią. Końcowe naczynia włosowate przekraczają granicę rąbka w postaci gęstych pętli, o kształcie języków. W dalszym okresie przenikają na powierzchnię rogówki pionowe naczynia z głębszych warstw spojówki; poniżej linii naczyń występują małe, szare, okrągłe nacieczenia. W następnym okresie zmętnienie i unaczynienie rogówki jeszcze się powiększa; w łuszczce zjawiają się grudki jaglicze. W prawie wszystkich przypadkach przewlekłych nieżytów spojówki i nieżytów grudkowych rąbek rogówki miał wygląd prawidłowy. (Porównywanie z jaglicą spraw takich, które nigdy nie mają skłonności do zajmowania spojówki gałkowej i rogówki, nie jest przekonywujące. Ref.). *J. Grzędzielski* (Lwów).

Znaczenie Zakładu Witkowickiego dla akcji przeciwjagliczej w Państwie. K. MAJEWSKI. Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. R. VII. Nr 1. 1937.

Gdy Prof. Emil Godlewski stworzył Zakład Witkowicki, to pamiętał o tym, by dzieciom zapewnić wszechstronną opiekę lekarską, jak również dać im, wobec nieraz kilkuletniego czasu leczenia, należyte wychowanie i wykształcenie. Zakład Witkowicki walczy z jaglicą tylko na pewnym odcinku, ale w ogóle cała walka z jaglicą może być tylko fragmentaryczną i nawet marzyć nie można, by udało się kiedyś jaglicę doszczętnie wytępić, niemniej jednak walka prowadzona być powinna dalej z energią i konsekwencją. Szczególnie ważną jest walka z jaglicą u dzieci, bo przez to zapobiega się wyrośnięciu ludzi wiecznie cierpiących i niezdolnych do pracy. Zwalczanie jaglicy u dzieci powinno być prowadzone na najszerszą skalę, powinno się przeprowadzać badania u dzieci szkolnych i w zakładach, aby leczenie zaczynać jak najwcześniej. Do leczenia jaglicy u dzieci najlepiej się nadaje zakład leczniczo-wychowawczy, w rodzaju Witkowickiego. Tymczasem ten zakład nie jest dostatecznie wykorzystany, połowa miejsc jest nie zajęta. Właściwe czynniki powinny rozstrzygnąć, co jest lepsze, jeżeli chodzi o jaglicę u dzieci, czy leczenie w zakładzie odpowiednio do tego urządzonym, czy też decentralizacja walki z nią. Obok znaczenia społecznego, ma też Zakład Witkowicki znaczenie naukowe. Będąc własnością Uniwersytetu Jagiellońskiego ma on obowiązek prowadzenia naukowych badań dotyczących etiologii i symptomatologii jaglicy, opracowywanie metod leczenia konserwatywnego i operacyjnego. W ten sposób Witkowice mogą i powinny się stać szkołą dla wykwalifikowanych trachomatologów. Dotychczas już ukazały się z Witkowic liczne prace z zakresu trachomatologii, w przygotowaniu są dalsze, w szczególności opracowywana jest metoda skróconego, „pośpiesznego" leczenia jaglicy. Aby Witkowice stały się taką stacją doświadczalną, przede wszystkim muszą dysponować obfitym materiałem, nadsyłanym ze wszystkich stron kraju. *J. Grzędzielski* (Lwów).

Ocena działalności lotnych oddziałów okulistycznych na Wileńszczyźnie. J. SZYMAŃSKI. Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. R. VII. Nr 1. 1937.

Na wzór podobnych organizacyj w Rosji przedwojennej, Polski Czerwony Krzyż zorganizował dwa lotne oddziały okulistyczne. W ciągu lat 6 (1929—1935) oddziały te zbadały 87.522 osób, w tym 27.446 chorych na jaglicę; wykonano w nich 8.526 operacyj i 1.844 mniejszych zabiegów. Były one czynne w lecie każdego roku, w ciągu trzech miesięcy wakacyjnych. Pracowało w nich 21 lekarzy, asystentów lub wolontariuszy Kliniki Ocznej U. S. B. Całkowite koszty pokryte przez P. C. K., wynosiły około 160.000 złotych. Autor podnosi znaczenie tych oddziałów dla zwalczania jaglicy, ich rolę sanitarną i społeczną. Również cel pedagogiczny był ważny, gdyż umożliwiły one licznym rzeszom lekarzy wykształcenie się w operacjach ocznych. *J. Grzędzielski* (Lwów).

Zwalczanie jaglicy u młodzieży przedpoborowej. M. ZACHERT. Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. R. VII. Nr 1. 1937.

Rok rocznie około 1% młodzieży w wieku poborowym zostaje całkowicie zwolniony od służby wojskowej z powodu jaglicy. Oczywiście ma to znaczenie dla siły obronnej Państwa. Walka z jaglicą u młodzieży w wieku poborowym wiąże się ze zwalczaniem jaglicy u dzieci. O ile jest stosunkowo łatwo poddać dzieci szkolne przymusowemu leczeniu, to dzieci kończące szkołę, usuwają się spod rygoru i przestają się leczyć. Szczególnie dotyczy to młodzieży męskiej, a przyczyną tego jest rozpoczęcie pracy zarobkowej. Także moment, że jaglica z całą pewnością powoduje zwolnienie od służby wojskowej, ma tu ważne znaczenie.

W zwalczaniu jaglicy u młodzieży przedpoborowej powinny współdziałać organizacje przysposobienia wojskowego, które, jak dotychczas zupełnie się nie interesują stanem zdrowotnym swych członków. Pożądanym jest dalej, aby hufce pracy, tworzone przez Min. Spr. Wojsk., przyjmowały też młodzież z lekkimi postaciami jaglicy i zorganizowały w ramach dyscypliny racjonalne leczenie. Z odpowiednim wnioskiem do Min. Spr. Wojsk. wystąpiło Min. Op. Społ. Również przepisy o poborze wojskowym powinny ulec zmianie w tym kierunku, by nie stwarzały zachęty do konserwowania jaglicy i uchylania się na tej drodze od służby wojskowej. Chorzy na jaglicę powinni otrzymać kat. B., z obowiązkiem przymusowego leczenia się w ciągu 1—2 lat. *J. Grzędzielski* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Z zagadnień dziedziczności i eugeniki. H. HIRSCHFELDOWA. Warszawa, 1937. Str. 78.

Ilustrowana broszurka stanowiąca zbiór odczytów wygłoszonych na kursie dokształcającym dla nauczycieli przyrody szkół średnich w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie, broszurka, z którą powinien zapoznać się każdy człowiek inteligentny, a interesujący się aktualnymi zagadnieniami; wówczas może nie panowałyby takie mętne wyobrażenia o znaczeniu rasowości, dziedziczności i in. Książeczka składa się z dwóch części. W części pierwszej omawia autorka w sposób dla niefachowca cokolwiek za trudny — główne zagadnienia genetyki (pojęcie feno- i genotypu, prawa dziedziczenia Mendla itp.), w części zaś drugiej zatytułowanej: „Główne zagadnienia eugeniki współczesnej", omawia pojęcia eugeniki negatywnej i pozytywnej, walkę z chorobami wenerycznymi, kwestię poradnictwa przedślubnego itd. Mając skrajnie różne zapatrywania, aniżeli rasiści np. niemieccy, wypowiada Hirschfeldowa zdanie, iż różnorodność rasowa jest warunkiem bujności duchowej każdego narodu. *Z. Bieliński* (Lwów).

Przerażenie, jako czynnik dydaktyki. F. KUCZKOWSKI. Trzeźwość. R. 11. Nr 12.

Autor podaje projekt, by do obowiązującego programu nauczania młodzieży dodać zwiedzanie przez uczniów i uczennice klas wyższych szpitali dla obłąkanych i szpitali dla chorych wenerycznie, traktując te wycieczki — jak pisze Kuczkowski — „jako wykłady obowiązujące i co najmniej tak ważne, jak zwiedzanie ogrodu zoologicznego i kulis opery". Stanowiło by to — zdaniem autora — znakomitą propagandę przeciwalkoholową przez zwrócenie młodzieży uwagi na niebezpieczeństwa płynące z używania alkoholu (zakłady dla obłąkanych) oraz przestrzegało by młodzież przed skutkami choroby wenerycznej, płynącej z nierządu. Urazy doznane przez młodzież przy zwiedzaniu wymienionych zakładów nazywa Kuczkowski — nadzwyczaj trafnie — odmianą psychiczną szczepionek uodparniających ustrój przeciw chorobom społecznym — alkoholizmowi i chorobom wenerycznym. Szpitale wymienione stanowią kulisy życia, nie należy więc ukrywać ich przed tegoż życia aktorami.

Z. Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademia Umiejętności. IV Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 8 marca 1937.

Przewodniczący: Dyr. H. Hoyer.

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę J. W. Supniewskiego pt.: *Działanie farmakologiczne estru metylowego kwasu n-dwumetylo-2, 5, 2', 5',-czterometylopyrolino-3-karbonowego.*

Drogą syntezy chemicznej otrzymano jodek estru metylowego kwasu N-dwumetylo-2, 5, 2', 5',-czterometylopyrolino-3-karbonowego. Jest to bezbarwna krystaliczna sól dobrze rozpuszczalna w wodzie.

Związek ten okazał się zupełnie pozbawionym własności drażnienia zakończeń parasympatycznych, w odróżnieniu od pokrewnych mu pochodnych kwasów nikotynowego i izonikotynowego.

Dawki 10—20 mg na kg tego preparatu wywołują u kotów pobudzenie ośrodka oddechowego. Dawki te działają depresyjnie na serce, wywołując spadki ciśnienia tętniczego i obniżenie się objętości jelit. Małe dawki (0.1 mg) preparatu pobudzają wyosobnione serce królika, jednak już nieco większe dawki (0.2 mg) działają na to serce depresyjnie. Dopiero roztwór 1/1000 tego związku działa depresyjnie na wyosobnione serce żaby. Roztwór taki działa również depresyjnie na wyosobnione jelita cienkie królika. Duże dawki preparatu (0.5 g na kg) wywołują u żab porażenie ruchowe, spowodowane porażeniem zakończeń ruchowych mięśni prążkowanych. Nawet takie dawki nie porażają serca żaby.

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Czł. W. Orłowski i A. Beck przedstawiają pracę F. Krajewskiego pt.: *Działanie różnych diet na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka. Doniesienie IV. Dieta Sippy'ego.*

Dietę Sippy'ego stosuje się w chorobach żołądka przebiegających z nadkwaśnością i przy wrzodach trawiennych żołądka oraz dwunastnicy. Wobec tego, że dotychczas nie ma dokładnych badań działania tej diety na czynność wydzielniczą żołądka, autor przeprowadził na psie z małym żołądkiem Heidenhain-Pawłowa doświadczenia, które mają za zadanie ustalić przede wszystkim działanie diety Sippy'ego, stosowanej bez zasad oraz z dodatkiem mieszanek zasadowych. Nadto autor zbadał wydzielanie soku żołądkowego, wywołane 3-krotnym wypiciem 60 cm³ mleka i 60 cm³ śmietanki, podawanych razem w odstępie godzinnym bez mieszanek zasadowych oraz z dodatkiem w pół godziny po pierwszej i trzeciej porcji mleka i śmietanki mieszanki zasadowej o składzie: węglanu wapnia 0.15 g, dwuwęglanu sodowego 0.45 g, a w pół godziny po drugiej porcji mleka i śmietanki mieszanki alkalicznej o składzie: magnezji palonej, dwuwęglanu sodowego aa 0.3 g. Wreszcie zbadał wydzielanie soku żołądkowego, wywołane 3-krotnym wypiciem mleka i śmietanki po 60 cm³, podawanych razem w odstępie godzinnym z dodatkiem powyższych mieszanek alkalicznych po 6 dniach stosowania diety Sippy'ego, z zasadami po ukończeniu II podokresu, w którym pies wypijał największą dzienną ilość mleka ze śmietanką (12 razy po 80 cm³ mleka i po 80 cm³ śmietanki).

Dietę Sippy'ego podawał autor psu przez 35 dni w sposób przyjęty w II Klinice z tą zmianą, że największa jednorazowa ilość mleka i śmietanki wynosiła po 100 cm³. Sprawdzianem działania diety na wydzielanie żołądkowe były doświadczenia, wykonane nazajutrz po ukończeniu każdego podokresu diety i po 12-dniowym podawaniu pożywienia mieszanego o składzie takim, jak przed dietą, z wlewaniem psu przez zgłębnik na czczo do dużego żołądka 100 cm³ soku z czerwonych buraków. Wyniki doświadczeń autor porównywał z wydzielaniem żołądkowym po tymże bodźcu przed stosowaniem diety Sippy'ego.

Okazało się, że w porównaniu do wydzielania po soku z buraków przed dietą po ukończeniu I podokresu diety Sippy'ego bez zasad, trwającego 3 dni, średnia 15-minutowa ilość soku zwiększyła się o 17%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 34%, a kwaśności ogólnej o 16%; po II podokresie, trwającym 3 dni, ilość soku zmniejszyła się o 56%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 61%, a kwaśności ogólnej o 58%; po III podokresie, trwającym 2 dni, ilość soku zmniejszyła się o 53%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 23%, a kwaśności ogólnej o 12%; po IV podokresie, trwającym 1 dzień, ilość soku zmniejszyła się o 26%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 36%, a kwaśności ogólnej o 34%; po V podokresie, trwającym 3 dni, ilość soku zmniejszyła się o 35%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego wzrósł o 13%, natomiast kwaśności ogólnej obniżył się o 4%; po VI podokresie, trwającym 4 dni, ilość soku obniżyła się o 11%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego nie zmienił się, a kwaśności ogólnej obniżył się o 10%; po VII podokresie, trwającym 5 dni, ilość soku zmniejszyła się o 44%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego nie zmienił się, a kwaśności ogólnej obniżył się o 13%; po VIII podokresie, trwającym 7 dni, ilość soku obniżyła się o 15%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 4%, a kwaśności ogólnej o 8%; po IX podokresie, trwającym 7 dni, ilość soku nie zmieniła się, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 25%, a kwaśności ogólnej o 3%, wreszcie po ukończeniu diety Sippy'ego bez zasad, stosowanej w ciągu 35 dni, po 12-dniowym stosowaniu pożywienia mieszanego ilość soku zmniejszyła się o 7%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 15%, a kwaśności ogólnej o 21%.

Dalej w czasie diety Sippy'ego z dodatkiem mieszanek zasadowych po soku buraczanym w stosunku do wydzielania po tymże bodźcu po odpowiednim podokresie diety Sippy'ego bez zasad po I podokresie średnia 15-minutowa ilość soku zmniejszyła się o 64%, najwyższy stopień kwaśności ogólnej obniżył się o 70%, natomiast kwasu solnego sok nie zawierał wcale, po II podokresie ilość soku wzrosła o 172%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego wzrósł o 125%, a kwaśności ogólnej o 100%; po III podokresie ilość soku zmniejszyła się o 9%, najwyższy stopień kwaśności ogólnej obniżył się o 76%, kwasu solnego wolnego sok wcale nie zawierał; po IV podokresie ilość soku zwiększyła się o 97%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego wzrósł o 76%, a kwaśności ogólnej o 49%; po V podokresie ilość soku zwiększyła się o 87%, najwyższy stopień kwaśności ogólnej obniżył się o 32%, a kwasu solnego wolnego o 58%; po VI podokresie ilość soku zwiększyła się o 47%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 9%, a kwaśności ogólnej nie zmienił się; po VII podokresie ilość soku zwiększyła się o 117%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 10%, a kwaśności ogólnej nie zmienił się; po VIII podokresie ilość soku zwiększyła się o 59%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego wzrósł o 14%, a kwaśności ogólnej o 8%; po IX podokresie ilość soku zwiększyła się o 5%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego wzrósł o 10%, a kwaśności ogólnej nie zmienił się; po 12-dniowym podawaniu pożywienia mieszanego po ukończeniu diety Sippy'ego z dodatkiem mieszanek alkalicznych ilość soku zmniejszyła się o 16%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 9%, a kwaśności ogólnej wzrósł o 7%.

Wreszcie 3-krotne spożycie w odstępie godzinnym po 60 cm³ mleka i śmietanki: 1) bez zasad wywołuje stałe wydzielanie soku żołądkowego w czasie doświadczenia i wzrost jego kwaśności po spożyciu drugiej i trzeciej porcji mleka i śmietanki w stosunku do kwaśności po pierwszej porcji; 2) z dodatkiem mieszanek zasadowych w stosunku do doświadczenia bez zasad zwiększa ogólną ilość o 18%, obniża najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 5%, a kwaśności ogólnej o 16%; 3) z dodatkiem mieszanek zasadowych po 6-dniowym stosowaniu diety Sippy'ego z zasadami zwiększa znacznie ilość soku i podnosi jego kwaśność w stosunku do wydzielania po takiej samej ilości mleka ze śmietanką, podanych bez mieszanek zasadowych oraz z ich dodatkiem przed dietą Sippy'ego z alkaliami.

Na podstawie tych danych autor doszedł do wniosku, że podawanie nawet małej ilości mleka i śmietanki wywołuje w pierwszych dniach diety Sippy'ego całodzienne wydzielanie soku żołądkowego. Doraźne dodanie środków zasadowych obniża nieco kwaśność soku, lecz zwiększa jego ilość. Natomiast po mleku i śmietance po 6-dniowym stosowaniu diety Sippy'ego z zasadami nastąpiło znaczne zwiększenie się ilości i kwaśności soku w porównaniu do wydzielania po mleku i śmietance, podanych przed dietą Sippy'ego z zasadami.

Zmniejszenie się wydzielania żołądkowego po soku buraczanym autor tłumaczy wyczerpaniem się błony śluzowej żołądka obfitym całodziennym wydzielaniem soku podczas stosowania diety Sippy'ego bez zasad. Przyczyny innego przebiegu wydzielania po soku buraczanym w czasie diety Sippy'ego bez zasad, niż podczas tejże diety z dodatkiem zasad należy doszukiwać się przede wszystkim w działaniu środków zasadowych. Zmienione wydzielanie po soku buraczanym w czasie diety Sippy'ego i po jej ukończeniu świadczy, że dieta ta wywołuje w całym ustroju zmiany, które ustępują powoli po jej ukończeniu.

Waga psa obniżyła się w pierwszym tygodniu stosowania obu diet, a następnie wzrosła i przewyższyła wagę pierwotną. Po kilku dniach stosowania diet sok tak znacznie strawił tkanki otaczające przetokę małego żołądka, że autor musiał zastosować szczególne środki ostrożności dla zapobieżenia wynicowaniu się małego żołądka, mianowicie stawiał psa na cały dzień na stojak doświadczalny dla zbierania wyciekającego soku przez dren, założony do małego żołądka i ograniczył najwyższą jednorazową porcję mleka oraz śmietanki.

Diety Sippy'ego z zasadami nie można zatem uznać za właściwą przy wrzodzie trawiennym żołądka i dwunastnicy, ponieważ łączenie śmietanki z mlekiem nie daje błonie śluzowej żołądka wypoczynku i wobec tego nie stwarza pomyślnych warunków gojenia się owrzodzeń, o co przy stosowaniu diety Sippy'ego przede wszystkim chodzi. Nadto podawane w dużej ilości mieszanki alkaliczne wywołują często nieprzyjemne objawy zarówno ze strony przewodu pokarmowego, jak i układu nerwowego.

Wobec tego autor proponuje wyłączyć z diety Sippy'ego mleko, a śmietankę podawać w większych odstępach czasu, niż to radzi Sippy, polecając w pół godziny po jej wypiciu mieszankę zasadową; w ten sposób zmniejszy się wydzielanie żołądkowe i zalkalizowanie ustroju.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. K. Lewkowicz przedstawił swoją pracę pt.: *Rumień guzowaty jako pierwowzór pełnego ostrego korzystnego przebiegu gruźlicy. — Znajdowane w jego zmianach nadtrawione prątki, kwasooporne ziarenka i pyłki, albo rozpuszczone w protoplazmie komórek kwasooporne ciało jako wyraz nadzwyczaj sprawnego niszczenia zarazków, tym samym jako dowód bardzo wysokiego swoistego uodpornienia zakażonego ustroju. — Przygruźlica.*

1) Ostry przebieg choroby i ustępowanie bez śladu zmian skórnych przemawiają już klinicznie za tym, że w rumieniu guzowatym — równolegle z niebywale wysokim uczuleniem tuberkulinowym — rozwija się także bardzo wysokie swoiste uodpornienie, jakiego ustrój przy późniejszych wznowach sprawy gruźliczej prawdopodobnie nigdy już nie jest w stanie wytworzyć. Temu w dwóch kierunkach odbywającemu się alergicznemu przestrojeniu towarzyszy niebywale silne wzmożenie opadania krwinek czerwonych, jako wyraz zachodzących w ustroju głębokich zmian.

2) Można przyjąć, że podobne przestrojenie ustroju odbywa się w każdej korzystnie przebiegającej gruźlicy początkowej, zatem w gruźlicy występującej czy to pod postacią początkowej gorączki bez objawów skórnych, czy z objawami skórnymi nietypowymi, czy nawet przechodzącej w sposób zupełnie utajony bez objawów klinicznie uchwytnych. Postacie te należy uważać za odmiany szczątkowe rumienia guzowatego.

3) Osiągane w gruźlicy początkowej wysokie uodpornienie tłumaczy następujące fakty: a) częstość zabliźniania się lub otarbiania się ogniska pierwotnego; b) częstość zakażenia gruźliczego bez jakichkolwiek późniejszych objawów chorobowych; c) korzystny przebieg tzw. przygruźliczych nacieczeń płucnych, które towarzyszą tak często rumieniowi, a których powstanie, budowa histologiczna i dalsze losy nie mogą się różnić zasadniczo od patogenezy, budowy i losów rumienia guzowatego.

4) Na podstawie wyników badań szeregu autorów można obecnie uważać za udowodnione, że zmiany skórne rumienia są przyrody prątkowej, a nie — jak dotąd przeważnie przyjmowano — jedynie tylko gruźliczo jadowej. Stanowisko to przez wyniki niniejszych badań otrzymuje dalsze potwierdzenie i uzupełnienie.

5) Następstwem, a zarazem dowodem szybko rozwijającego się i wysokiego uodpornienia jest bardzo energiczne niszczenie prątków w zmianach skórnych rumienia. Rzeczywiście znajdujemy w tych zmianach chyba tylko wyjątkowo prątki nienaruszone. Jeżeli są, to widzimy jedynie bardzo nieliczne prątki nietypowe, zniekształcone i słabo zabarwione. Przeważnie zaś kwasooporna substancja prątkowa rozbita jest na mniej lub więcej drobne ziarenka, między którymi można jednak niekiedy rozpoznać także prątkowate twory. Substancja ta może być wreszcie rozpuszczona w protoplazmie komórki, która okazuje wtedy jednostajne zabarwienie czerwone.

6) Prątki i w różnym stopniu rozbitą substancję prątkową napotykamy wyłącznie w komórkach. Są to następujące tychże odmiany: a) duże komórki pozornie o jednym jądrze nabłonkowatym lub zbliżonym do nabłonkowatego; b) komórki pozornie o jednym jądrze małym, zagęszczonym, ciemno zabarwionym; inne przekroje optyczne okazują jednak zwykle w komórce dalsze jądra; c) duże komórki o kilku jądrach już to nabłonkowatych, już to mniejszych zagęszczonych, zatem komórki, które należy uważać za nietypowe komórki olbrzymie; d) komórki o jądrach pokurczonych morwowato; e) komórki o jądrze zwyrodniałym, rozpadającym się, albo przesiąkniętym substancją kwasooporną albo wolnym od niej.

7) Komórki olbrzymie typu langhansowskiego nie zawierają zwykle ani prątków ani odszczepków substancji prątkowej. Przy użyciu tioniny karbolowej ich jądra barwią się słabo, a jąderka silnie. Mniej typowe, niekiedy bardzo duże komórki czy konglomeraty komórkowe mogą zawierać drobne grudki substancji kwasoopornej lub nawet, chociaż zniekształcone prątki.

8) Zbliżone do typu langhansowskiego komórki olbrzymie odznaczają się w rumieniu często tym szczegółem, że — nie tak jak typowe — zawierają w swym wnętrzu leukocyty wielojądrzaste albo obrzmiałe, albo znów pomniejszone. Leukocyty te otoczone są zwykle jasną obwódką, co by należało uważać za wyraz działania wytwarzanych przez te ciałka fermentów proteolitycznych na martwicową czy skażoną protoplazmę komórek. Chyba niewątpliwie w dalszym ciągu tego rozpuszczania swej substancji przez leukocyty komórki olbrzymie mogą w ogóle zniknąć z utkania, a tkanka może osiągnąć mniej lub więcej zupełną *restitutionem ad integrum*.

9) Niektóre komórki wielojądrzaste mają jądra i protoplazmę bardzo zagęszczone; nie zawierały one w materiale autora nigdy substancji prątkowej, która widocznie już z nich zupełnie znikła.

10) Podane cechy komórek żernych tkanki łącznej i komórek olbrzymich pozostają niewątpliwie w pewnym związku z wyjątkowo silnym uczuleniem tuberkulinowym, uodpornieniem i szybkim niszczeniem prątków.

11) Główne zmiany z najbardziej charakterystycznymi szczegółami rozmieszczone są w tkance podskórnej, i to albo w pasmach tkanki łącznej, rozdzielających poszczególne zarazki tłuszczowe, albo wewnątrz zrazików w pasemkach rozdzielających komórki tłuszczowe.

12) Obecność w pewnych preparatach charakterystycznych długich jąder, zorientowanych w dwóch prostopadłych do siebie kierunkach, świadczyłaby o tym, że zmiana powstała przez zator prątkowy w drobnej tętniczce, po czym ściana tętniczki uległa zniszczeniu, a komórki mięsne i ich jądra, straciwszy oparcie, przeważnie uległy skróceniu. Podobnie długie jądra znajdujemy także w sąsiedztwie wielojądrzastych komórek z protoplazmą nasyconą substancją kwasooporną i obok wypełnionych pyłastą substancją kwasooporną komórek, które już zupełnie wyraźnie leżą w zniszczonej ścianie naczyńka, tym samym naczyńko to okazuje się tętniczką. Wreszcie podobne jądra widzimy przy wielojądrzastych komórkach.

Czł. F. Eisenberg przedstawia swoją pracę pt.: *O swoistych działaniach bakteriobójczych. Część XVI. O znaczeniu biologicznym różniczkowania gramowego.*

Odpowiedź na pytanie, dlaczego obie grupy gramowe zachowują się odmiennie wobec ciał typu barwikowego lub odwrotnego, wymaga wglądu w istotę różniczkowania gramowego i znajomości różnic biologicznych i biochemicznych między obiema grupami. Dotychczasowe badania różnych badaczy stwierdziły następujące różnice:

A. 1) Podatność plazmolityczną u gramoujemnych, brak jej u gramododatnich. 2) Atrakcję barwika dokoła dodatnich w obrazach ujemnych, brak jej dokoła ujemnych. 3) Znacznie większą (kilka do kilkaset razy) adsorbcję dodatnich, niż ujemnych na różnych nierozpuszczalnych w wodzie ciałach proszkowatych. 4) Znacznie mniejszą „ascenzję kapilarną" dodatnich w paskach bibuły zanurzonych częściowo do hodowli bulionowych, jako wyrazy większej przyczepności. 5) Wzbogacenie dodatnich na granicy war-

stwy wodnej i rozpuszczalnika lipoidalnego, jako analogię doświadczeń Rhumblera i Hofmana. 6) Większe „powinowactwo do wody“ u ujemnych, niż u dodatnich w myśl hipotezy Klingera. 7) Większą stałość wodnych zawiesin ujemnych, mniejszą dodatnich. 8) Łatwiejsze uprowadzanie ujemnych z kropelkami rozpylanych zawiesin wodnych. 9) Wygląd zasuszonych warstw w rozmazach: złotożółty, nieprzejrzysty u dodatnich, niebieskawy, przeświecający u ujemnych.

B. 10) Łatwiejszą rozpuszczalność ujemnych wskutek działania ługów, antyforminy, piperydyny. 11) Łatwiejszą rozpuszczalność autolityczną ujemnych. 12) Łatwiejszą rozpuszczalność ujemnych pod wpływem trypsyny i pepsyny. 13) Większą wrażliwość ujemnych wobec działań bakteriobójczych wyższych ustrojów (bakteriolizy, działań fagocytów). 14) Większą skuteczność ujemnych przy uzyskiwaniu anafilotoksyny ze surowic zwierzęcych.

C. 15) Różne ładunki elektryczne u obu grup, wyrażające się wyższym pH u dodatnich. 16) Większą wytrzymałość dodatnich wobec wyższych stężeń H:, a z drugiej strony wobec wyższych stężeń OH'.

D. 17) Większą odporność dodatnich na metamorfizujące działanie emanacji radowej, 18) jako też na bakteriobójcze działanie drgań supersonicznych o częstości 1.5×10.6 sek., 19) prawdopodobnie też na bakteriobójcze działanie wyższej ciepłoty.

E. 20) Niezależność potrzeb tlenowych od zachowania gramowego. 21) Wpływ potencjału oksydo-redukcyjnego różnych ciał odkażających z jednej strony, a bakteryj z drugiej na sprawy bakteriobójcze, przy czym bakterie gramoujemne wydają się lepiej przystosowane do regulacji tego potencjału. 22) Typ odwrotny ciał utleniających, za czym przemawia też górna część anionowego szeregu wskaźników gramowych: $< ClO_3 — IO_3 — — Br — BrO_3 — TeO_4 — i — SCN — NO_3 — ClO_3 — Cr_2O_7 — — CrO_4 <$ 23) Typ odwrotny oligodynamicznego działania metali (Hg, As, Ag). 24) Barwikowy (według innych odwrotny) typ działania bakteriobójczego chlorowców, 25) taki sam siarkowodoru i 26) arszeniku.

F. 27) Mniej lub więcej gramoswoisty typ działań różnych ciał organicznych, 28) nadto różnych produktów zwierzęcych, roślinnych lub bakteryjnych, jak lizozym, chlorofil, mezohematyna, mezoporfiryna, piocjanaza, prodigiozyma, penicyllina. 29) Większą odporność dodatnich na wysychanie

Różnice zachowania obu grup wobec działania tych różnych czynników są różnego natężenia; rzadziej obie grupy są ściśle rozgraniczone, częściej szeregi dodatnich i ujemnych częściowo się pokrywają.

Czł. F. Eisenberg przedstawia swoją pracę pt.: *O swoistych działaniach bakteriobójczych. Część XVII. O znaczeniu taksonomicznym różniczkowania gramowego.*

W rozwinięciu i uzasadnieniu poglądów wypowiedzianych w r. 1920 na ten temat autor stara się rozpatrzyć na drodze statystycznej. Na podstawie znanego podręcznika systematyki bakteriologicznej Bergeya (z r. 1930) zestawia dla poszczególnych działów systemu ilość objętych gatunków, ilość gramododatnich, gramoujemnych i bez określonego zachowania gramowego. Cyfry te wynoszą dla rzędu *Eubacteriales* 856—310—496—50, dla *Actinomycetales* 128—47—22—59, dla innych rzędów brak dostatecznej ilości danych. Dla rodzin: *Nitrobacteriaceae* 41—1—2—38, *Coccaceae* 114—87—19—8, *Spirillaceae* 25—5—20—0, *Bacteriaceae* 533—82—448—3, *Bacillaceae* 143—136—6—1, *Actinomycetaceae* 75—10—7—58, *Mycobacteriaceae* 53—36—15—2; inne nie wchodzą w rachubę. Są tu zatem dwie rodziny przeważnie dodatnie, a 1 przeważnie ujemna. Charakter gramowy jest wyraźniejszy gdy zstępuje się do pokoleń i rodzajów. Na 19 pokoleń są: 4 wyłącznie dodatnie, 2 przeważnie dodatnie, 6 wyłącznie ujemne, 5 przeważnie ujemne, 2 niedostatecznie określone. Na 103 rodzaje są: 12 wyłącznie dodatnie, 4 przeważnie dodatnie, 20 wyłącznie ujemne, 6 przeważnie ujemne, 6 mieszane, reszta 54 niedostatecznie określone. Widać zatem, że zachowanie się gramowe jest ważną i istotną cechą bakteryj, która obok innych cech morfologicznych i fizjologicznych może i powinna być stosowana do charakterystyki gatunków i rodzajów, czasem także pokoleń, rodzin, a nawet rzędów. Warunkiem stosowania taksonomicznego tej cechy jest oczywiście odpowiednie i krytyczne jej stwierdzanie przy użyciu wzorcowej techniki na preparatach z młodych hodowli, wyrosłych w optymalnych warunkach, a niedawno wyosobnionych z naturalnych środowisk (nie wynaturzonych). Przy zastosowaniu tych prawideł na szerszą skalę okaże się niewątpliwie, że przeważająca część rodzajów bakteryjnych, a po części i wyższych jednostek systematycznych składa się z gatunków o jednolitym charakterze gramowym lub też z niewielką tylko domieszką gatunków wynaturzonych w specjalnych środowiskach. To stanowisko znajduje uzasadnienie i potwierdzenie w rosnącym znaczeniu różniczkowania gramowego w najnowszej literaturze systematycznej. Na uwagę zasługują trzy korelacje gramododatniości stwierdzone statystycznie, i to zupełna z kwasoodpornością, niemal zupełna ze zdolnością zarodnikowania i termofilią.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół V posiedzenia naukowego z dnia 21 lutego 1936 roku.

Przewodniczy: Prezes Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. A. Falkiewicz *przedstawia przypadek ogólnej srebrzycy.*

W dyskusji: Kol. Grzędzielski podnosi, że w rozpoznaniu srebrzycy ogólnej może być pomocne badanie okulistyczne. Mianowicie tam, gdzie nawet nie ma charakterystycznego szarawego zabarwienia spojówki, za pomocą lampy szczelinowej i mikroskopu rogówkowego można stwierdzić typowy objaw, a to ostre zarysowanie się błony Descemeta w rogówce, od impregnacji jej związkami srebra. W przypadku srebrzycy, przedstawionym w ubiegłym roku przez prof. Lenartowicza, można było ten objaw wykazać.

Ponadto w dyskusji przemawiali: Kol. Kwiatkowski, Mierzecki, Goldschlag i Pisek.

2. Kol. Żurowski *przedstawia przypadek guza limfatyczno-nabłonkowego (Schmincke) migdałka* (przypadek zostanie ogłoszony drukiem w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji zabierali głos Kol. Dobrzański i Grabowski.

3. Kol. Tomanek *wygłosił odczyt* (praca Leszczyńskiego i Tomanka) *pt.: „Badania metamerycznych odczynów skórnych po bodźcach skórnych“.*

W dyskusji przemawiali: Kol. Lenartowicz, Pisek, Salpeter, Czoban-Sandauerowa i Leszczyński.

Sekretarz: Z. *Żurowski.*

Protokół VI posiedzenia naukowego z dnia 28 lutego 1936 roku.

Przewodniczy: Prezes Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. W. Lipiński i Kol. Schwarz (gość) *przedstawiają przypadek błonicy gardła i sromu u kobiety w połogu.*

W dyskusji: Kol. Fels odniósł przekonanie, że rozwiązanie drogą pochwy było wskazane i że w podobnych przypadkach tak należy postąpić.

Poza tym w dyskusji przemawiali: Kol. Sołowij i Bocheński.

2. Kol. Grabowski *przedstawia rentgenogramy przypadku polipa uszypułowanego żołądka i omawia rozpoznanie w tym przypadku.*

W dyskusji zabierają głos Kol. Ostrowski i Nowicki.

3. Kol. Spett K. *wygłasza odczyt pt.: Ustawodawstwo o pozbawieniu płodności a zagadnienie sterylizacji w projekcie polskiej ustawy eugenicznej.*

W dyskusji: Kol. Fels uważa, że ewolucja zagadnienia eugenicznego przez sterylizację nie da się powstrzymać, przyszłość jednak wykaże, czy pokładane w niej nadzieje się ziszczą.

W dalszej dyskusji przemawiali Kol. Bieliński, Doliński, Franke, Salpeter i Zakrzewski.

Kol. Lenczowski najenergiczniej protestuje przeciw powiedzeniu Kol. Bielińskiego, jakoby każdy ginekolog wykonywał skrobankę o ile tylko dostanie wskazanie do tego zabiegu od innego lekarza. Ginekolog nie jest bezmyślnym wykonawcą czyjegoś polecenia, a wykonuje zabiegi tylko wówczas, jeżeli sam jest przekonany o ich konieczności.

Sekretarz: Z. *Żurowski.*

Protokół VII posiedzenia naukowego z dnia 6 marca 1936 roku.

Przewodniczy: Prezes Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Musiał Włodzimierz *przedstawia dwa przypadki niedomogi nadnerczy w zespołach wielogruczołowych.*

W dyskusji zabiera głos Kol. Ziembicki.

2. Kol. Liebhart St. *przedstawia jeden a omawia dwa przypadki niedomogi nadnerczy w zespołach wielogruczołowych.*

W dyskusji: Kol. Długosz: w przedstawionych przypadkach zespołów wielogruczołowych przeważa niedomoga nadner-

czy. Za tym, prócz objawów klinicznych, przemawia niski poziom adrenaliny, oznaczony przez Kubikowskiego w dwóch przedstawionych przypadkach. Wbrew twierdzeniu Dra Liebharta, że dotychczas nie ma próby na czynność nadnerczy, Kol. Długosz zaznacza, że jest nią właśnie oznaczanie poziomu adrenaliny we krwi. Kol. Bross przedstawiał na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Lek. dnia 25. X. 1935 r. metodykę zmodyfikowaną wspólnie z Kol. Kubikowskim i zreferował, jaki jest poziom adrenaliny u ludzi normalnych. Kol. Długosz, przedstawiając na posiedzeniu Lw. Tow. Lek. przypadek choroby Addisona, podkreślił na podstawie zbadanych wspólnie z Kol. Brossem i Kubikowskim pięciu przypadków obniżenie poziomu adrenaliny we krwi w chorobie Addisona. W przypadkach typowych choroby Addisona lub niedomogi nadnerczy oznaczanie poziomu adrenaliny we krwi będzie tylko uzupełnieniem jasnego obrazu klinicznego. Natomiast w przypadkach nietypowych może mieć pierwszorzędne znaczenie dla rozpoznania i wczesnego leczenia. Z własnej praktyki przytacza Kol. Długosz dwa przypadki, w których znaczne osłabienie, łatwe męczenie się, częste omdlenia, nudności i wymioty przeważnie na czczo, spadek na wadze, nieregularna miesiączka wskazywały na niedomogę nadnerczy i jajników. Badaniem stwierdzało się śniadą cerę, bez przebarwień, ciśnienie 105/65 mm Hg. Poziom adrenaliny w dolnych granicach normy. Przyjęto niedomogę nadnerczy i jajników. Sól kuchenna i preparaty jajnikowe znakomicie poprawiły stan.

Poza tym w dyskusji przemawiali: Kol. Jankowski J., Falkiewicz A., Węgrzynowski, Fell B., Musiał Włodzimierz.

3. Kol. Ermich Stefan *wygłasza referat pt.: „W sprawie powikłań chirurgicznych wywołanych przez glisty dżdżownicowate (Ascaris lumbricoides)“.*

Zagadnienie to omawia prelegent w związku z materiałem klinicznym, obserwowanym w ciągu ostatnich trzech lat na Oddziale Chirurgicznym Dzieci Państwowego Szpitala Powszechnego, tj. od 1933 do 1935 roku włącznie. Materiał ten jest stosunkowo dość obfity, jeśli się weźmie pod uwagę publikacje innych autorów zajmujących się tą sprawą (Brünning, Tausk, Gruber). Obejmuje on sześć przypadków, w których robaki spowodowały potrzebę wkroczenia chirurgicznego. Materiał ten jest cenny i bardzo pouczający, przedstawia bowiem całą skalę różnorodnych powikłań, które mogą spowodować glisty. Wszelkie te powikłania, wywołane przez glisty dzieli prelegent na trzy grupy. Do grupy pierwszej zaliczył przypadki, w których glisty, zbierając się w kłąb w jelitach, wywierają działanie mechaniczne. Przypadki te przebiegają klinicznie najczęściej pod postacią ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego lub niedrożności jelit, często wykazują równolegle rozwijające się objawy obu tych schorzeń. Niedrożność jelit na tle glist może być ponadto wywołana przez olbrzymie masy tych pasożytów w jelitach i powodujących stan porażenny jelit przez zatrucie ustroju. Do drugiej grupy powikłań zaliczył prelegent wszystkie stany zapalne w przewodzie pokarmowym i sąsiednich narządach jamy brzusznej, spowodowane przez glisty. Zmienione zapalnie tkanki torują pasożytom drogę, działając na nie, jak gdyby chemotaktycznie i umożliwiają im wędrówkę nieraz w najodleglejsze miejsca ustroju. W trzecią grupę powikłań ujął prelegent przypadki, w których glisty przebijają schorzałą, czy też nawet zupełnie zdrową ścianę jelit. Ostatnio dowiodło niezbicie wielu autorów, że glisty zdolne są do przebicia nawet zdrowej ściany jelita. Wspomnianymi trzema grupami nie zostały jeszcze objęte pewne rzadkie powikłania, do których należą przypadki zawędrowania glist w różne miejsca ustroju: a) na drodze przypadkowej, jak np. w przypadkach ran postrzałowych przez jelita, b) przez otwory naturalne ustroju z zewnątrz, c) na drodze przerzutowej przez naczynia krwionośne.

Prelegent podniósł dalej, że powikłania te, mimo tak wielkiego rozpowszechnienia się choroby robaczej, zwłaszcza u dzieci, są przecież rzadkie i dotyczą przeważnie przypadków tzw. złośliwych. Za takie uważać należy przypadki, w których mimo często stosowanego leczenia przeciw robakom, pasożyty okazują się oporne na wszelkie znane nam farmakologiczne środki przeciwczerwiowe i stale w dużych ilościach bywają wydalane z kałem. Tego rodzaju wywiady stanowią dziś właściwie jedyny punkt oparcia w rozpoznaniu etiologii powikłań chirurgicznych choroby robaczej.

(W całości ukazało się drukiem w Pol. Przegl. Chir.).

W dyskusji przemawiają Kol. Węgrzynowski, Popielski, Ziemilski, Graf i Ostrowski T.

W dalszym ciągu dyskusji Kol. Żurowski zwraca uwagę na fakt wędrówki młodocianego pasożyta po rozwinięciu się jego z jaja. Młodociany pasożyt wędruje z jelita przez naczynia krwionośne do płuc, a stąd przez przewody oddechowe, przełyk, żołądek do jelita, by tu pozostać już na stałe jako dojrzała glista dżdżownicowata. Może się zdarzyć, że pasożyt utknie w czasie swej wędrówki np. w ścianie jelita, a rosnąc może doprowadzić do przebicia jelita.

W odpowiedzi zabiera głos Kol. Ermich.

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XVII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 21 maja 1937 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Musiał Albin: Przypadek obustronnego wodoocza u dziecka (pokaz). 2) Kol. Chodowiecki J.: Przypadek rzadkich zaburzeń rozwojowych kośćca i trzew (pokaz). 3) Kol. Ermich S.: Ostre urazy czaszkowo-mózgowe w wieku dziecięcym (wykład).

Różne.

Z kraju.

Z prac rady naukowo-lekarskiej przy Zakładzie Ubezp. Społ. Zgodnie z uchwalonym na plenarnym posiedzeniu Rady Naukowo-Lekarskiej programem prac w ciągu 1937 r., ukonstytuowały się 4 odrębne zespoły, wyłonione z członków Rady, które przystąpiły do studiów i prac przygotowawczych na ściśle określone tematy. Opracowując program prac, w porozumieniu z wszystkimi miarodajnymi czynnikami, starano się uwzględniać pewną hierarchię potrzeb, aby z ogromu zagadnień, które wymagają wszechstronnego opracowania i omówienia, wybrać najważniejsze i najpilniejsze, czyniąc przy tym zadość życzeniom, wysuwanym z jednej strony przez Min. Op. Społ., z drugiej zaś przez Zakład Ubezp. Społecznych. Rozumie się samo przez się, że spośród rozlicznych dziedzin, którymi zainteresowane są polskie ubezpieczenia społeczne na warsztat prac Rady Naukowo-Lekarskiej nadają się przede wszystkim te, do których udatnego zrealizowania przyczynić się może w wysokim stopniu specjalny skład osobowy i wysoki autorytet naukowo-lekarski Rady. Kierując się tymi motywami, uznano za sprawy najbardziej pilne i doniosłe — zagadnienie akcji zapobiegawczej, walki z gruźlicą, szkolenie lekarzy oraz jak najszybszą budowę centralnego Instytutu Medycyny Ubezpieczeniowej w Warszawie. W zakresie akcji zapobiegawczej grzeszy się często wiele wskutek braku celowej i harmonijnej współpracy wszystkich czynników w terenie. Wskutek tego często niejeden dobry i godny poparcia wysiłek idzie na marne. Ubezpieczenia społeczne mają na tym polu swój własny, duży dorobek, z którego często mogą być dumne. Rzeczą Rady Naukowo-Lekarskiej będzie zdać sobie dokładnie sprawę z obecnego stanu istniejącego u nas w kraju i za granicą i opracować wytyczne pracy w terenie, aby w sposób jak najbardziej ekonomiczny i celowy wykorzystać stojące do dyspozycji fundusze. Należy przy tym jak najwybitniej uwypuklić ogromne znaczenie akcji zapobiegawczej, prowadzonej przez wszystkie rodzaje ubezpieczeń społecznych, co da w efekcie podniesienie ogólnego stanu zdrowotności wśród ubezpieczonych i tym samym zmniejszy znacznie wydatki na świadczenia lecznicze i renty. Prace jednego z zespołów Rady Naukowo-Lekarskiej zmierzają w tym kierunku, aby pomóc w organizowaniu akcji zapobiegawczej i w jak najlepszym wykorzystaniu funduszów, jakie stoją ubezpieczalniom do dyspozycji, w danym razie jeszcze wskazać na nowe źródła finansowe, jakie w przekonaniu Rady Naukowo-Lekarskiej powinny być użyte również na ten cel. Niesłychanie doniosłe zagadnienie, z punktu widzenia interesu ogólno-państwowego, opieki nad kobietą ciężarną, młodą matką i noworodkiem, weszło również na porządek dzienny najbliższych prac Rady. Temat ten jednakże wymaga dla szczegółowego i wszechstronnego opracowania nieco dłuższego okresu czasu. Wreszcie wysunięte i wprowadzone w czyn przez Z. U. S. w roku bieżącym, tytułem próby, zagadnienie organizowania obozów wypoczynkowych dla młodocianych pracowników, spotka się z należytym poparciem Rady Naukowo-Lekarskiej, która dopomoże swoją pracą do tego, by obozy te szybko rozwinęły się i ustaliły organizacyjnie. Szczególnie dużą wagę przywiązuje się do skoordynowania wszelkich wysiłków w walce z gruźlicą. Zagadnieniem tym zajmuje się specjalny zespół Rady

Naukowo-Lekarskiej, który powierzył dwom członkom swoim opracowanie dwóch wstępnych referatów, mających zobrazować dokładnie stan obecny, istniejący w kraju i za granicą. Stan ten, jak wiemy, pozostawia w Polsce bardzo dużo do życzenia. Ogromna liczba zachorowań i zgonów, przy braku łóżek szpitalnych i sanatoryjnych, wymaga ogromnego, skoordynowanego wysiłku ze strony wszystkich czynników, by opracować wspólnie plan doraźnej akcji na najbliższe lata. Na pierwszy plan wysuwa się przy tym zagadnienie leczenia różnych postaci gruźlicy kostnej, w Polsce zupełnie zaniedbane. Szczególnie korzystną i owocną w skutkach okazuje się współpraca w łonie Rady Naukowo-Lekarskiej fachowców ubezpieczeniowców z przedstawicielami ciał naukowo- i społeczno-lekarskich w dziedzinie zagadnień szkolenia personelu lekarskiego. Wzajemna wymiana myśli i poglądów jest tu szczególnie wskazana i może okazać się bardzo celową dla istoty sprawy. Uwydatni się tu udział Rady Naukowo-Lekarskiej, w końcowej fazie obrad, nad tak doniosłą i pilną sprawą, jak reforma studiów lekarskich oraz w pomocy organizowania przez wydziały lekarskie uniwersytetów stałych kursów z zakresu medycyny społeczno-ubezpieczeniowej. Objęcie zasadniczych referatów na te tematy przez wybitne jednostki ze świata naukowo-lekarskiego daje zapewnienie, że zagadnienie szkolenia studentów medycyny i lekarzy, z uwzględnieniem w programach studiów postulatów medycyny społecznej i ubezpieczeniowej, zostanie postawione i potraktowane w właściwy sposób. W związku z mającą się rozpocząć budową Centralnego Instytutu Medycyny Ubezpieczeniowej w Warszawie, który ma się stać komórką pomocniczo-naukową i badawczą Rady Naukowo-Lekarskiej, wyłoniono specjalny zespół, który zajmuje się szczegółowym opracowaniem postulatów R. N. L., pod względem utylitarności budownictwa i naukowo-lekarskiego i szpitalnego Instytutu.

Wobec zbyt małej liczby lekarzy w Polsce, Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej uchwaliła na swym dorocznym posiedzeniu wezwać Zarząd Izby do wszczęcia starań o takie zorganizowanie studiów lekarskich na uniwersytetach, aby większa liczba młodzieży mogła być przyjmowana rocznie na wydziały lekarskie.

W roku bieżącym kończy się 100-letnia rocznica pierwszego 5-letniego okresu organizacyjnego Głównej Rady Opiekuńczej Instytutów Dobroczynnych. Powołana do życia w 1832 r. stopniowo przyjmowała zakłady lecznicze i opiekuńcze pod swój zarząd i po upływie następnego 5-letniego okresu zarządza już wszystkimi szpitalami i przytułkami, administrując przez Rady szczegółowe nie tylko całym lecznictwem szpitalnym, ale także i sprawami wchodzącymi dziś w zakres opieki społecznej. Na obszarze więc całego kraju była Rada Główna Opiekuńcza czymś w rodzaju Ministerstwa Opieki Społecznej bez tytułu, ale za to ze stosunkowo znacznie większymi środkami materialnymi, pozwalającymi jej rozwijać swoją działalność. Oprócz bowiem znacznych dochodów z dóbr własnych, szpitali i przytułków, oprócz dotacyj rządowych, wpływały na rzecz administrowanych przez nią instytutów różne podatki np. od trunków, widowisk, (przekazywany dziś samorządom), od uboju rytualnego (przekazywany dziś do rozporządzenia gmin wyznaniowych żydowskich), dochód z dorocznej kwesty wielkanocnej, w której brało udział całe społeczeństwo itd. Te stosunkowo znaczne środki pozwoliły unowocześnić szpitalnictwo i postawić je na poziomie, do którego — uwzględniając odległość 100 lat — jeszcze mamy daleko. Dość wspomnieć, że Warszawa ówczesna w stosunku do ilości mieszkańców miała prawie dwa razy więcej łóżek szpitalnych do rozporządzenia, same zaś szpitale rzeczywiście ubogiemu choremu nigdy nie odmówiły przyjęcia z tego powodu, że nie miał czym zapłacić i mimo to bogatsze z nich miały odłożony w gotówce 5- i 10-krotny swój roczny budżet w zapasie. Ponieważ brak do dziś dnia dokładnego opisu całej działalności Rady Głównej Opiekuńczej, a wydane fragmenty może ze względu na dawną rosyjską cenzurę nawet w opisach historii szpitali posiadają znaczne luki, wskazanym było by, dla uczczenia stulecia tej organizacji podjąć takie wydawnictwo. Na przeszkodzie temu jednak stoi to, że nawet poważne księgozbiory lekarskie kompletów jej — nawiasem mówiąc pięknie opracowanych — sprawozdań nie posiadają. Komitet Propagandy Medycyny przy N. I. L. prosi tych wszystkich, którzy tymi materiałami rozporządzają lub wiedzą o istniejących kompletach o podanie tego do wiadomości Komitetu.

W bieżącym roku mija 100 lat od chwili, gdy Rada Ogólna Lekarska Rady Głównej Opiekuńczej Instytutów Dobroczynnych ukończyła opracowanie Farmakopei Szpitalnej (Pharmacopea Nosocomialis). Opracowanie Farmakopei Szpitalnej trwało dwa lata i było poprzedzone zamieszczonymi w r. 1835 w Zbiorze Urządzeń Szpitalnych prawidłami „oszczędniejszego zapisywania lekarstw w szpitalach", a opierało się na „Farmakopei Krajowej", wydanej w 1817 r. tj. 20 lat przed tym, tzn. 120 lat temu. Należy nadmienić, że obie wydane w zeszłym stuleciu Farmakopea Krajowa i Szpitalna były pierwszymi urzędowymi farmakopeami polskimi, jeżeli nie liczyć wydanej w roku 1794 farmakopei przeznaczonej dla wojska. Obecnie jest na ukończeniu druk II Farmakopei Polskiej, wydawanej przez Towarzystwo Przyjaciół Wydziałów i Oddziałów Farmaceutycznych w Polsce.

W Warszawie zawiązał się Komitet złożony z przedstawicieli Wydziału Lek. U. J. P., Depart. Zdrowia Min. Spr. Wojsk., Depart. Służby Zdrowia Min. Opieki Społecznej Naczelnej Izby Lekarskiej, którego zadaniem będzie budowa gmachu Biblioteki Głównej Nauk Lekarskich. Biblioteka Główna będzie dostępna dla wszystkich lekarzy, farmaceutów i weterynarzy nie tylko w stolicy, lecz również w całym Państwie. Zostanie ona zaopatrzona w możliwie dużą liczbę czasopism obcych i książek z dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych. Zorganizowanie takiej Biblioteki przyczyni się do wzmożenia pracy naukowej i do zwiększenia czytelnictwa, co będzie miało doniosłe znaczenie, jeśli chodzi o prace badawcze zagadnień związanych z obroną Państwa i o doskonalenie się fachowe lekarzy, farmaceutów i weterynarzy. Pierwsze posiedzenie Komitetu Budowy odbyło się niedawno, a rozważano sprawę możliwości finansowych oraz sprawę wyboru miejsca pod budowę. Komitet postanowił zwrócić się do Pana Ministra Spraw Wojskowych z prośbą o przyznanie terenu pod budowę na miejscu obecnego pola wyścigowego, licząc się z tym, że Biblioteka powinna się znajdować w pobliżu szpitali wojskowych i klinik uniwersyteckich.

Wydział Organizacyjny Powszechnego Kongresu Lekarzy zastanawiał się nad koniecznością przełożenia terminu zwołania Kongresu na czas późniejszy, niektóre bowiem referaty na Kongres nie są jeszcze dostatecznie opracowane. Ponadto nadchodzą wnioski z terenu izb lekarskich i komitetów miejscowych, domagające się odroczenia Kongresu ze względu na potrzebę przedyskutowania tematów kongresowych i odpowiedniego przygotowania opinii szerokich rzesz lekarskich w całym kraju. Jest prawdopodobnym, że wobec tego termin Kongresu przesunie się na jesień, co może być z korzyścią dla należytego wykończenia wszelkich prac przygotowawczych. Ostateczny termin musiałby ustalić Komitet Główny Kongresu, który był zwołany w połowie maja b. r.

Na dzień 9 maja r. b. zostało zwołane Doroczne Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Odbyło się ono w tym roku w salach Domu Medyków (Warszawa, Oczki 7), wystawionego zbiorowym wysiłkiem studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego i całego społeczeństwa.

Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. otrzymał od Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego pismo z dnia 16. IV. b. r. na ręce Prezesa Związku treści następującej: Mając nadzieję, że cały świat lekarski interesuje się sprawą zakazu wojny chemicznej, mam zaszczyt polecić uwadze Panów następującą opinię, wypowiedzianą przez Reprezentację Naczelną naszego Towarzystwa na zebraniu w Oksfordzie w lipcu 1936 roku. Zebranie potępia bez zastrzeżeń posługiwanie się gazami trującymi w prowadzeniu wojny, jako nieludzkie w skutkach i poniżające dla cywilizacji.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18 —

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.